

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



École Doctorale SP2 : Sociétés, Politique, Santé Publique

SCIENCES PO BORDEAUX

Laboratoire d'accueil : Centre Emile Durkheim

LA RACIALISATION EN URGENCE
Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers
à l'égard des patients présumés roms (2009-2012)

Thèse pour le Doctorat en Science politique

Sous la direction de M. Yves Déloye

présentée et soutenue publiquement
le 8 décembre 2015 par

Dorothée PRUD'HOMME

08/12/2015

Composition du jury :

M. Olivier COUSIN, Professeur des universités, Université de Bordeaux

M. Yves DELOYE, Professeur des universités, Sciences Po Bordeaux ; *directeur de thèse*

M. Vincent DUBOIS, Professeur des universités, Université de Strasbourg ; *rapporteur*

Mme Anne PAILLET, Maîtresse de conférence, Université Versailles Saint Quentin

Mme Yasmine SIBLOT, Professeure des universités, Université Paris 8 ; *rapporteure*

RESUME en français

Cette recherche doctorale est consacrée à l'analyse des représentations et des pratiques mises en œuvre par les professionnels hospitaliers d'établissements franciliens à l'égard de patients qu'ils identifient comme roms. S'appuyant sur une ethnographie de la relation de guichet, elle propose une étude des frontières morales qui fondent le processus de catégorisation raciale mis en œuvre lors de la prise en charge de ces patients. Cette analyse révèle la superposition de frontières professionnelles aux frontières raciales et morales tracées par les enquêtés, exposant ainsi différents usages professionnels du processus de racialisation des usagers. L'observation des usages quotidiens de la racialisation lors de la relation de soin, de la prise en charge par les services et de l'accueil dans les établissements de santé démontre, non seulement l'existence d'une corrélation entre représentations racialisantes et traitements différentiels des usagers, mais également le renforcement de cette tendance par l'imposition, via des réformes hospitalières inspirées du nouveau management public, d'objectifs de rentabilité financière aux institutions de santé.

TITRE en anglais

Racialisation in A&E. Hospital professionals' representations and practices towards patients identified as Roma (2009-2012)

RESUME en anglais

This doctoral research analyses the representations and practices of Ile-de-France's hospital professionals towards patients they identify as Roma. Based on an ethnography of administrative encounters, it examines the moral boundaries of the racial categorisation process implemented during patient-provider relationships beginning with patient admission. The analysis reveals the superposition of professional boundaries upon moral and racial boundaries drawn by healthcare professionals, and the different professional uses they make of the racialisation process. The observation of daily uses of racialisation during patient-provider relationships, interactions at the health service level and at the institutional level not only proves the link between agents' racial representations and racial discrimination towards users, but also demonstrates how this pattern is reinforced by the objective of profitability imposed on healthcare institutions by new public management reforms.

MOTS-CLES en français

Racialisation, frontières morales et raciales, représentations sociales, agents institutionnels, établissements de santé, relation de guichet, discriminations, Roms.

MOTS-CLES en anglais

Racialisation process, moral and racial boundaries, social representations, street-level bureaucrats, healthcare institutions, administrative encounter, discrimination, Roma.

Sommaire

SOMMAIRE	4
REMERCIEMENTS.....	10
PRINCIPAUX SIGLES UTILISES	12
INDEX DES TABLEAUX	14
INTRODUCTION	18
1. Quelle place pour la race dans la relation de guichet ?	19
2. L'hypothèse d'un usage conscient et contextualisé de la racialisation	24
3. Acteurs sociaux et contexte institutionnel.....	30
4. Les « Roms » comme révélateurs du processus de racialisation.....	39
5. Frontières raciales, frontières morales et étiquetage.....	45
5.1. Plan de thèse.....	51
6. Terrains et méthodes	54
6.1. L'enquête de terrain	56
6.2. Observation « participante » et position sur le terrain	60
6.3. Enquêtés et entretiens ethnographiques.....	66
1^{ERE} PARTIE : FRONTIERES RACIALES, FRONTIERES MORALES, FRONTIERES	
PROFESSIONNELLES	70
Introduction.....	72
Chapitre 1. La racialisation comme expression d'une lutte contre le déclassement	
professionnel.....	76
1.1. Les difficultés d'inscription administrative des usagers « roms ».....	79
1.1.1. Les usagers « roms » n'ont pas de papiers d'identité.....	80
1.1.2. Les usagers « roms » refusent d'énoncer leur adresse	84

1.1.3. Des incohérences révélatrices du racisme.....	87
1.2. Discours publics et frontière raciale	89
1.2.1. Les Roms « abus[ent] du droit à la libre circulation ».....	90
1.2.2. Délinquance, refus d'intégration et défaut de solidarité.....	94
1.3. Les agents d'accueil démunis face à des situations dysfonctionnelles	98
1.3.1. Contraints à réaliser « un mauvais travail ».....	99
1.3.2. Risques sanitaires et responsabilités professionnelles	102
1.4. La défense de l'institution par les « fragiles »	106
1.4.1. La distinction des « fragiles » face aux « profiteurs ».....	106
1.4.2. « On sait que » : les certitudes des soignants pour repérer les fraudeurs	114
Chapitre 2. La racialisation comme dénonciation des entraves à l'autonomisation	
professionnelle	126
2.1. L'indiscipline des patients « roms » face aux infirmiers d'accueil et d'orientation.....	131
2.1.1. Le contournement des règles de tri aux urgences.....	132
2.1.2. Les « consultations collectives » : source de désaccords entre professionnels.....	142
2.1.3. Impatience et volatilité de l'investissement dans la prise en charge	150
2.2. L'hébergement des « familles roms », un usage non prévu.....	159
2.2.1. « Y'a plus de place ailleurs ».....	162
2.2.2. Des conditions matérielles inadaptées à l'hébergement.....	167
2.2.3. Les conséquences institutionnelles de cet usage non prévu	173
2.2.4 Inventer des règles informelles pour répondre aux demandes d'hébergement ...	176
Chapitre 3. La racialisation comme substitut à la domination de classe	188
3.1. Des patients « actifs » appartenant aux « classes dangereuses »	191
3.1.1. Une conception parsonienne du rôle du patient.....	193
3.1.2. Les « Roms » : des patients « actifs » illégitimes.....	200
3.1.3. La violence comme ressource dans la relation de soin	207
3.2. La « neutralisation » des patients présumés roms.....	218
3.2.1. La racialisation pour sauver la face	219
3.2.2. Le relationnel médical : la théorie et la pratique.....	224
3.2.3. De la neutralité à la mise à distance	232
Chapitre 4 : Racialisation et délégation du « sale boulot ».....	242
4.1. Les « familles roms », envahissement et appropriation.....	245
4.1.1. Envahissement des services hospitaliers.....	248
4.1.2. Accaparement des professionnels, obstruction des soins.....	257
4.1.3. Du détournement des ressources matérielles aux soupçons de vols	263
4.2. Gérer les « familles roms » : la délégation d'un « sale boulot »	271

4.2.1. Le laisser-faire des médecins.....	272
4.2.2. Les « infirmiers relationnels » et l'éducation des usagers présumés roms.....	277
4.2.3. Une source de valorisation pour les aides-soignantes.....	284
Conclusion.....	298
 2^{EME} PARTIE : DES REPRESENTATIONS RACIALISEES AUX TRAITEMENTS	
DIFFERENTIELS	300
 Introduction.....	 302
 Chapitre 5. Un soin « adapté » à la différence culturelle perçue des patients « roms »	 306
5.1. Franchir la « barrière de la langue » ?	311
5.1.1. L'interprétariat dans la relation de soin avec les patients « roms »	314
5.1.1.1. L'interprétariat par téléphone : une ressource inutilisée	316
5.1.1.2. L'annuaire des professionnels : une solution inégalement appropriée	321
5.1.1.3. Les biais d'une traduction familiale	323
5.1.1.4. Un recours sélectif aux interprètes	327
5.1.2. De la « débrouille » à la « médecine vétérinaire »	330
5.1.2.1. La « débrouille » quotidienne.....	331
5.1.2.2. La barrière de la langue, source d'a priori négatifs.....	335
5.1.2.3. La « médecine vétérinaire »	339
5.2. La prise en compte des spécificités culturelles présumées des patientes « roms » dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L.....	347
5.2.1. Le « corps racialisé » des femmes « roms »	348
5.2.1.1. Des grossesses précoces	349
5.2.1.2. Les « femmes roms » : « femmes moyennes du Tiers-Monde ».....	353
5.2.1.3. Les rumeurs au sujet des « femmes roms ».....	358
5.2.2. La racialisation des soins gynéco-obstétriques.....	363
5.2.2.1. La gestion de la douleur perçue.....	364
5.2.2.2. Un rapport à la contraception présumé « culturellement différent »	367
5.2.2.3. L'adaptation du traitement médical des « femmes roms ».....	371
5.3. Laisser-faire et compromis face aux « grandes familles roms »	376
5.3.1. La désignation d'un interlocuteur principal : savoir-faire ou laisser-faire ?	378
5.3.1.1. Un savoir-faire face à l'envahissement des services	379
5.3.1.2. Un laisser-faire par respect pour la différence culturelle rom	382
5.3.1.3. Du laisser-faire au laisser-aller.....	384

5.3.2. Le laisser-faire comme seule option face au décès d'un « Rom »	387
5.3.2.1. Le décès d'un « Rom », une « situation hypersensible »	388
5.3.2.2. L'abandon des règles classiques de gestion d'un décès	392
Chapitre 6. Racialisation de la précarité et fléchissement du « social » aux urgences	402
6.1. La racialisation des modes de recours aux urgences des patients présumés roms.....	406
6.1.1. De la « volatilité » au nomadisme des « Roms »	409
6.1.2. Un non-recours « culturel » ?	414
6.1.3. Incertitudes, surcroît de travail et risques professionnels.....	421
6.2. Derrière le mythe culturel, la réalité sociale de la précarité	425
6.2.1. Les usages sociaux des urgences par les « Roms »	426
6.2.2. Un rapport aux soins comparable à celui des SDF.....	430
6.2.3. Précarité et « bobologie » aux urgences	434
6.2.4. Faute de / du médecin traitant.....	438
6.3. La prise en charge du social, une mission des urgences ?	446
6.3.1. L'injonction d'aveuglement aux différences sociales	450
6.3.2. « Urgences sociales » <i>versus</i> « vraies urgences »	452
6.3.3. L'évitement du travail « social » par les soignants.....	456
Chapitre 7. Les « Roms », des patients non rentables pour l'hôpital moderne	466
7.1. Les réformes hospitalières, de la solidarité à la performance	468
7.1.1. Les réformes du nouveau management public.....	469
7.1.2. Le ressenti de la financiarisation des soins	475
7.1.3. Hospitalisation, durée moyenne de séjour et lits d'aval.....	479
7.1.4. « La naissance du soin <i>low cost</i> »	487
7.2. La sélection des patients, une atteinte à l'égalité d'accès aux soins.....	495
7.2.1. La sélection des patients par les établissements	499
7.2.1.1. Le refoulement à l'entrée de l'établissement	500
7.2.1.2. Les refus de transfert.....	506
7.2.2. La sélection à l'entrée des services d'hospitalisation.....	509
7.3. Quelles solutions de santé pour les précaires indésirables ?	517
7.3.1. La perspective d'une médecine à deux vitesses	518
7.3.2. Les associations : responsables des patients présumés roms ?	523
7.3.3. Le docteur Pahn et la patientèle présumée rom	526
Conclusion	534
CONCLUSION	538

1. Apports et limites	543
2. La place des patients présumés roms dans la division du travail hospitalier	546
3. Des pratiques professionnelles aux comportements citoyens	548
4. La racialisation des usagers, un processus institutionnel généralisé et comparable ?	550
 SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	 552
Sources	554
Entretiens	554
Tableau 9 : Entretiens exploratoires.....	554
Tableau 10 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public L.....	555
Tableau 11 : Entretiens réalisés à la Clinique privée E	555
Tableau 12 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public G	556
Tableau 13 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public P	556
Tableau 14 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public A	556
Rapports et documents.....	557
Textes juridiques.....	558
Sources professionnelles	560
Articles de presse	561
Bibliographie	564
 ANNEXES	 588
1. Les enquêtés	590
1.1. Liste des enquêtés par ordre alphabétique des pseudonymes	590
1.2. Tableau 15 : Répartition des enquêtés par établissements et services.....	593
1.3. Tableau 16 : Répartition des enquêtés par catégories socio-professionnelles	594
1.4. Tableau 17 : Répartition des enquêtés par sexe et catégories socio-professionnelles	594
1.5. Guide d'entretien.....	594
 2. les services d'urgences	 598
2.1. Tableau 18 : Passages aux urgences générales adultes dans les établissements et services enquêtés (2009-2012)	598
2.2. Les urgences générales adultes en Ile-de-France et en France au 11 juin 2013	599

2.2.1. Tableau 19 : Répartition de la patientèle des services d'urgences par nationalité déclarée	599
2.2.2. Tableau 20 : Répartition des usagers en fonction de leur violence perçue	600
2.2.3. Tableau 21 : Répartition des modes de sortie des patients pris en charge aux urgences	600
2.2.4. Tableau 22 : Répartition des recours aux urgences en fonction de la date de début de situation	600
2.2.5. Tableau 23 : Répartition des recours aux urgences en fonction du motif.....	601
3. Les dispositifs d'aide à la santé	602
3.1. Conditions d'éligibilité.....	602
3.2. Tableau 24 : Illustration de prises en charge d'une consultation chez le médecin traitant.....	603
TABLE DES MATIERES.....	604

Remerciements

Ma gratitude va en premier lieu à tous les professionnels hospitaliers qui m'ont accueillie avec curiosité et bienveillance, qui m'ont guidée dans cet univers hospitalier si particulier et ont accepté de m'accorder leur temps et leur confiance sans lesquels cette recherche n'aurait jamais vu le jour.

Je voudrais ensuite dire toute ma reconnaissance à Yves Déloye pour son soutien sans faille au fil des années, son attention et ses conseils.

Je remercie l'Institut français des relations internationales qui m'a offert la possibilité matérielle d'initier ce travail de recherche et le programme *Dissertation Proposal Development Fellowship* « Multiculturalism, Immigration, and Identity in Western Europe and the United States », (soutenu par le Social Science Research Council, l'Agence National de la Recherche et le Réseau Français des Instituts d'Études Avancées) qui m'a donné l'opportunité d'affûter mon sujet de recherche à la lumière de la littérature nord-américaine.

Je remercie Anne Paillet de m'avoir guidée lors de mon entrée sur le terrain hospitalier, Gwenaëlle Calvès, Vincent Dubois, Audrey Mariette, Laure Pitti, Daniel Sabbagh, Carolyn Sargent, Alexis Spire et Philippe Warin pour leurs conseils et leurs commentaires sur mon travail tout au long de la rédaction.

Cette thèse n'existerait pas sans les relectures rigoureuses et exigeantes, les suggestions pertinentes et la patience infinie de Lucie Bargel, Olivier Roueff, Corentin Brustlein et Brigitte Prud'homme. Merci de m'avoir aidée à clarifier mes idées et trouver les mots justes.

Pour leur soutien assidu et leurs encouragements, un grand merci à Fabien Adda, Valentine Arnaud, , Emma Broughton, Fabrice Gobert, Guillaume Gregoire-Sauve, Emilie Grellier, Stéphanie Laverny, Elodie Mignard, Charles Prud'homme, François Prud'homme, Marc di Sotto, Elie Tenenbaum et Marie Vannetzel.

Enfin, cette longue bataille n'aurait pu être remportée sans la présence constante, au coude à coude, de ma sœur d'armes, Marie Bassi, et de mon coach, mon écouteur, mon Fuji, Pierre Chassagnieux.

J'ajouterais un clin d'oeil au bacille de Koch qui m'a offert l'opportunité inattendue d'expérimenter, pendant un mois, la condition de patiente hospitalisée.

PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS

AME	Aide médical d'Etat
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ASH	Agent du service hospitalier
CMU	Couverture médicale universelle
CMU-C	Couverture médicale universelle complémentaire
DMS	Durée moyenne de séjour
DSSI	Directeur du service des soins infirmiers
ECG	Electrocardiographe (appareil) ou électrocardiogramme (examen)
GEU	Grossesse extra-utérine
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
HPST	Hôpital, patient, santé, territoire (loi)
IAO	Infirmier d'accueil et d'orientation
IDE	Infirmier diplômé d'État
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISA	Indice synthétique d'activité
ISM	Inter service migrant
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique (établissement de santé)
MIT	Maladies infectieuses et tropicales (service hospitalier)
Ondam	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
SAMU	Service d'aide médical d'urgence
SAU	Service d'accueil des urgences
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSR	Soins de suite et rééducation (service hospitalier)
T2A	Tarification à l'activité
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHU	Unité d'hospitalisation d'urgence

Index des tableaux

Tableau 1. Répartition des patients en fonction du type de prise en charge aux urgences.....	p.436
Tableau 2. Répartition de la patientèle en fonction de la situation assurantielle.....	p.438
Tableau 3. Répartition de la patientèle en fonction de la déclaration d'un médecin traitant.....	p.440
Tableau 4. Répartition des venues aux urgences en fonction du choix.....	p.442
Tableau 5: Passages aux urgences générales adultes en France.....	p.484
Tableau 6: Passages aux urgences générales adultes en région Ile-de-France...	p.484
Tableau 7: Les UHCD dans les services d'urgences adultes des établissements enquêtés en 2012.....	p.485
Tableau 8 : Valeurs mobilisées et usages de la racialisation par catégorie de professionnels.....	p.540
Tableau 9 : Entretiens exploratoires.....	p.554
Tableau 10 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public L.....	p.555
Tableau 11 : Entretiens réalisés à la Clinique privée E.....	p.555
Tableau 12 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public G.....	p.556
Tableau 13 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public P.....	p.556
Tableau 14 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public A.....	p.556
Tableau 15 : Répartition des enquêtés par établissements et services.....	p.593
Tableau 16 : Répartition des enquêtés par catégories socio-professionnelles...	p.594
Tableau 17 : Répartition des enquêtés par sexe et catégories socio-professionnelles.....	p.594
Tableau 18 : Passages aux urgences générales adultes dans les établissements et services enquêtés (2009-2012).....	p.598
Tableau 19 : Répartition de la patientèle des services d'urgences par nationalité déclarée.....	p.599
Tableau 20 : Répartition des usagers en fonction de leur violence perçue.....	p.600
Tableau 21 : Répartition des modes de sortie des patients pris en charge aux urgences.....	p.600

Tableau 22 : Répartition des recours aux urgences en fonction de la date de début de situation.....	p.600
Tableau 23: Répartition des recours aux urgences en fonction du motif.....	p.601
Tableau 24 : Illustration de prises en charge d’une consultation chez le médecin traitant.....	p.603

*« Sur le plan de l'idée, on était d'accord : le nègre est un être humain.
C'est-à-dire, ajoutaient les moins convaincus, qu'il a comme nous le cœur à gauche. »*
Frantz Fanon, *Peau noire, masques blancs*¹

¹ Frantz Fanon, *Peau noire, masques blancs*, Éditions du Seuil, 1975, p. 96.

Introduction

Dans son dernier rapport sur le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie en France, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) note que « *la banalisation des préjugés anti-Roms n'épargne pas les agents de l'Etat. Lorsque les idées reçues viennent orienter l'action publique, elles peuvent entraver l'accès aux droits et faire obstacle à l'intégration. Ainsi, encore trop de familles se voient discriminées et privées de leur droit à la sécurité, à la santé, à l'éducation et à la formation, à l'accès aux soins et à la libre circulation.* »² En contradiction avec les valeurs républicaines qui sous-tendent leur action³, les institutions publiques et les professionnels qui y travaillent ne sont donc pas aveugles aux différentes caractéristiques des usagers, et les préjugés de certains agents institutionnels mettent à mal le principe d'égalité des usagers devant le service public.

Les pratiques discriminatoires d'un individu sont communément déduites de ses opinions personnelles : ici, le traitement différentiel de certains usagers serait par conséquent le résultat des convictions politiques ou idéologiques de l'agent institutionnel. Or, les recherches menées depuis quelques années sur les représentations et les pratiques des professionnels hospitaliers, à l'égard des patients qu'ils identifient comme appartenant à un groupe minorisé, démontrent que non seulement la catégorisation raciale des usagers est un procédé routinier à l'hôpital, mais qu'en plus les agents institutionnels offrent des justifications à l'usage de ce processus qui, le plus souvent, sont très éloignées du racisme idéologique. Plus encore, tous évoquent systématiquement le respect du principe d'égalité de traitement comme fondement de la prise en charge de ces usagers ouvertement racialisés. Comment, dès lors, interpréter cet usage tout à la fois conscient et routinier du processus de racialisation dans le cadre d'institutions

² *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie. Les essentiels de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, Rapporteur national sur la lutte contre le racisme*, Paris, Commission nationale consultative des droits de l'homme, 2014, p. 8.

³ Selon l'article premier de la Constitution de 1958, « *la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion.* » *Constitution du 4 octobre 1958 (JORF n° 0238 du 5 octobre 1958, page 9151)*, <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Constitution-du-4-octobre-1958>, consulté le 20 avril 2015.

républicaines ? Le travail conduit dans le cadre de cette recherche doctorale répond à cette question en proposant une analyse de la place, des usages et des conséquences du processus de racialisation des usagers identifiés comme roms dans le travail quotidien des professionnels hospitaliers.

1. Quelle place pour la race⁴ dans la relation de guichet ?

La question de l'influence, sur le déroulement de la relation de guichet, de l'appartenance raciale des usagers présumée par les agents qui les prennent en charge est encore rarement posée en tant que telle par la recherche française.

Une importante littérature est consacrée, en France, aux agents institutionnels et aux relations qu'ils nouent avec les usagers au cours de l'accomplissement de leurs missions professionnelles⁵. Ces travaux s'inspirent pour la plupart des analyses fondatrices de Michael Lipsky relatives aux *street-level bureaucrats*, c'est-à-dire à ces employés du service public qui interagissent directement avec les usagers durant leur travail et disposent d'un certain pouvoir discrétionnaire⁶ dans les modalités d'exécution de leur travail⁷. L'accent y est souvent mis sur leurs dispositions personnelles en tant que ressources ou contraintes dans la conduite de ces interactions et, parfois, sur la façon dont leurs représentations à propos des usagers qu'ils reçoivent influencent leur façon de travailler⁸.

⁴ Nous utilisons ce terme en tant que construction sociale « visant souvent à hiérarchiser des inégalités ». François Dubet, Olivier Cousin, Eric Macé, et Sandrine Rui, *Pourquoi moi ? L'expérience des discriminations*, Seuil, 2013, p. 17. Voir également : Mirna Safi, *Les inégalités ethno-raciales*, Paris, la Découverte, 2013, p. 7-10.

⁵ Voir par exemple : Marie Cartier, *Les facteurs et leurs tournées : un service public au quotidien*, Paris, Découverte, 2003 ; Vincent Dubois, *La vie au guichet*, Paris, Economica, 2010 ; Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien : les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006 ; Alexis Spire, *Etrangers à la carte*, Paris, Grasset, 2005, 403 p ; Philippe Warin, *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2006 ; Jean-Marc Weller, *L'Etat au guichet : sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999 ; Jean-Marc Weller, « Les agents administratifs : travail d'arbitrage et conscience professionnelle », in *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte., Paris, 2010, p. 321-331.

⁶ Entendu dans une perspective sociologique comme « la manière dont des agents administratifs peuvent, y compris lorsqu'ils occupent des positions subalternes, décider et pas seulement exécuter » (Vincent Dubois, « Le rôle des street-level bureaucrats dans la conduite de l'action publique en France », *HAL*, p. 4).

⁷ L'auteur cite spécifiquement les « health workers » parmi ces employés des services publics typiques qui accordent un accès aux programmes gouvernementaux et fournissent les services qui y sont liés (Michael Lipsky, *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation, 1980, p. 3).

⁸ Ce que Jean-Marc Weller appelle « le risque de l'arbitraire » (Jean-Marc Weller, « Le Travail administratif, le droit et le principe de proximité », *op.cit.*, p. 437).

Dans son analyse de *La vie au guichet*, Vincent Dubois parle des « deux corps du guichetier »⁹ pour désigner le fait que les *street-level bureaucrats* incarnent l'Etat face aux usagers tout en demeurant des individus singuliers. Il montre que ces agents ne sont « *jamais réductibles aux rôles standardisés qu'ils sont censés jouer* »¹⁰, mais porteurs d'expériences personnelles et « *de dispositions socialement constituées qui ne peuvent pas ne pas s'exprimer d'une façon ou d'une autre dans la confrontation au public.* »¹¹ L'auteur souligne que la « duplicité » de ces *street-level bureaucrats* a d'inévitables conséquences sur leurs pratiques professionnelles et les relations qu'ils nouent avec les usagers : « *le "coup d'œil" de la sociologie spontanée : telle est la principale ressource qui permet aux agents d'accueil leur ajustement instantané et "naturel" au public.* »¹² Les agents institutionnels ne sont donc pas, selon lui, des « *bureaucrates impersonnels* »¹³ mais des acteurs influencés dans la conduite de leurs missions professionnelles par leurs expériences, leur âge, leurs préceptes moraux, etc. Or, si V. Dubois démontre que les agents (tout comme les usagers) ne sont pas figés dans le rôle qui leur revient lors de la relation de guichet¹⁴ et qu'ils utilisent leurs dispositions personnelles pour mener à bien leurs missions professionnelles – parfois au mépris des règles institutionnelles –, il n'approfondit pas la question de l'influence, sur le déroulement de cette relation, des représentations que les agents institutionnels se font des usagers¹⁵. Question qui prendra une place grandissante dans les travaux qui s'inspireront de sa démarche.

⁹ Vincent Dubois, *La vie au guichet*, op. cit., p. 79.

¹⁰ *Ibid.*, p. 2.

¹¹ *Ibid.*, p. 80.

¹² *Ibid.*, p. 105.

¹³ *Ibid.*, p. 3.

¹⁴ « *La domination bureaucratique n'est pas le fait d'une administration anonyme aux règles s'appliquant mécaniquement. Elle s'exerce par l'entremise d'individus qui ne sont pas de simples rouages, mais dont la position d'autorité autorise des jugements et des prescriptions que le fonctionnement administratif n'exige pas mais rend possible. Que des agents d'accueil placés en position de force puissent se permettre des injonctions ou des interrogations qui témoignent plus de leurs valeurs personnelles que de la règle administrative (...) illustre bien cette proposition* » (Vincent Dubois, *La vie au guichet*, Paris, Économica, 2010, p. 19).

¹⁵ L'auteur précise qu'« *au cours des nombreuses interactions observées, jamais un stéréotype racial n'a été manifestement activé* » (*Ibid.*, p. 107).

Yasmine Siblot, dans son ouvrage consacré aux relations entre services publics et classes populaires¹⁶, met ainsi en exergue l'influence des propriétés sociales des agents institutionnels – « *tant en termes de trajectoires que de genre* »¹⁷ – non seulement sur la définition qu'ils proposent des « bonnes façons » de faire leur travail, mais également sur l'expression fréquente d'un « mépris social »¹⁸ à l'égard des usagers des classes populaires. Pour elle, ces propos stigmatisants ont une double fonction : celle d'exutoire verbal aux tensions qu'engendre le travail avec le public et celle de réaffirmation de la solidarité professionnelle entre agents¹⁹. L'auteure note également que « *les formes de méfiance et de mépris peuvent masquer un racisme banalisé* »²⁰, mais elle interprète ces préjugés avant tout comme l'expression d'un « *ethnocentrisme de classe* »²¹.

Ce sont les recherches consacrées à la relation de guichet avec des usagers de nationalité étrangère qui offrent l'opportunité d'aborder la question des représentations que les agents institutionnels nourrissent au sujet des usagers en fonction de leur « origine » réelle ou présumée de façon plus centrale²². Dans les travaux qu'il consacre à l'administration française de l'immigration entre 1945 et 1975²³, Alexis Spire étudie les décisions quotidiennes des agents de préfecture et dévoile les différences de traitement qui en résultent en fonction de la nationalité des usagers. Il démontre notamment que les agents reconduisent « *consciemment*

¹⁶ Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien*, op. cit. Voir également : Christelle Avril, Marie Cartier, et Yasmine Siblot, « Les rapports aux services publics des usagers et agents de milieux populaires: quels effets des réformes de modernisation? », *Sociétés contemporaines*, 1 juin 2005, n° 58, n° 2, p. 5-18.

¹⁷ Christelle Avril, Marie Cartier, et Yasmine Siblot, « Les rapports aux services publics des usagers et agents de milieux populaires: quels effets des réformes de modernisation? », *Sociétés contemporaines*, 1 juin 2005, n° 58, n° 2, p. 5-18.

¹⁸ *Ibid.*, p. 165.

¹⁹ *Ibid.*, p. 167. Les mêmes mécanismes de mise à distance et condamnation morale des usagers ont été observés dans les établissements de santé enquêtés : par exemple, les professionnels des urgences appellent le premier samedi du mois « la Saint Rémi », en référence aux bénéficiaires du « RMI » qui « boiraient » leurs allocations et seraient ensuite amenés aux urgences par les forces de l'ordre pour ivresse publique manifeste (IPM).

²⁰ *Ibid.*, p. 169. Notons au passage que, dans le centre social enquêté, Y. Siblot relève que les « Gitans » focalisent l'attention des agents qui les soupçonnent d'« abuser du système » : nous retrouverons des représentations similaires dans les établissements de santé enquêtés, voir par exemple chapitre 1, pp.76-126.

²¹ *Ibid.*, p. 168.

²² « *Le fonctionnement de la catégorie d'immigration, en tant que substitut de la notion de race et agent de désagrégation de la "conscience de classe", nous fournit un premier indice. Manifestement, nous n'avons pas affaire ici simplement à une opération de camouflage, rendue nécessaire par l'infamie du terme de race et de ses dérivés, ni uniquement à une conséquence des transformations de la société française. De longue date les collectivités de travailleurs immigrés ont subi des discriminations et des violences xénophobes pénétrées de stéréotypes racistes* » Etienne Balibar et Immanuel Wallerstein, *Race, nation, classe: les identités ambiguës*, Editions La Découverte, 2007, p. 32.

²³ Alexis Spire, *Etrangers à la carte*, op. cit. ; Alexis Spire, « La discrimination des étrangers au guichet », *Regards Sociologiques*, 2010, vol. 39, p. 21-30.

ou inconsciemment, les pratiques d'identification et les catégories de perception qu'ils étaient habitués à mobiliser en situation coloniale »²⁴. La catégorisation de certains étrangers comme « indésirables » et la préférence marquée pour une immigration en provenance des pays limitrophes et de confession chrétienne révèlent les ressorts racialisants de la politique d'immigration. Il note par exemple que « les demandeurs d'asile chinois sont particulièrement appréciés par les guichetiers, (...) parce qu'ils représentent dans leur très grande majorité des notices impeccablement remplies, alors que les ressortissants d'Afrique noire sont connus pour perdre leurs documents et présenter des dossiers incomplets. »²⁵ De prime abord, il est possible de déduire de la spécificité de la recherche conduite par A. Spire, tant par la dimension historique adoptée que par le type de guichet enquêté, la mise au jour d'un phénomène de catégorisation raciale des usagers par les *street-level bureaucrats*. Pourtant, les recherches consacrées au secteur hospitalier ont démontré l'existence de pratiques similaires dans ce domaine présumé bien moins sensible du fait de sa traditionnelle hospitalité et de la centralité du principe d'égalité de traitement.

C'est en effet également l'étude de la prise en charge des ressortissants étrangers qui ouvre la voie de recherches consacrées spécifiquement à la catégorisation raciale des usagers dans le milieu hospitalier. Ainsi, les travaux de Didier Fassin consacrés aux approches racialisantes en matière de santé publique²⁶ posent, pour la première fois, la question du lien entre inégalités sociales de santé et « origine » (réelle ou présumée) des usagers. Cette analyse en termes d'accès différentiel aux soins en fonction de la nationalité ou de la situation régulière ou non des patients étrangers permet alors de révéler « comment la production et la reproduction par

²⁴ Alexis Spire, *Etrangers à la carte*, op. cit., p. 190.

²⁵ Alexis Spire, « La discrimination des étrangers au guichet », op. cit., p. 30.

²⁶ Didier Fassin, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France, 1996, 324 p ; Didier Fassin, « L'indicible et l'impensé. La question "immigrée" dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé*, 1999, vol. 17, n° 4, p. 5-36 ; Didier Fassin, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histories, Sciences sociales*, 2000, vol. 55, n° 5, p. 955-981 ; Didier Fassin, « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 5-12 ; Didier Fassin, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, 2001, vol. 19, n° 4, p. 5-34 ; Didier Fassin, « The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate », *Anthropology Today*, février 2001, vol. 17, n° 1, p. 3-7 ; Didier Fassin, « Charité bien ordonnée. Principes de justice et pratiques de jugement dans les aides d'urgence », *Revue française de sociologie*, 2001, vol. 42, n° 3, p. 437-475.

les institutions sanitaires de ces taxinomies contribuent à conditionner la relation patient médecin, ainsi que les effets de ces catégorisations sur la reproduction ou le renforcement des inégalités de santé. »²⁷ Finalement, des travaux comme ceux de Laurence Kotobi²⁸, Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché²⁹, Priscilla Sauvegrain³⁰ et Alexandra Nacu³¹ franchissent une nouvelle étape en mettant en évidence les représentations racialisantes que les professionnels hospitaliers français ont au sujet de patients qu'ils identifient comme africains ou roms, et les traitements différentiels qui en découlent. Ces chercheuses démontrent que la catégorisation raciale est utilisée de façon aussi informelle que routinière par les membres des équipes soignantes. Elle « recouvre des typologies ethno-géographiques : "africaine", "maghrébine", "asiatique", ou nationales : "chinoise", "camerounaise", "algérienne". Ces classifications (...) sont très présentes dans le quotidien des services, où elles servent à désigner les patientes dans les échanges entre soignants. Les termes "migrantes", "immigrées" ou "étrangères" sont également utilisés pour se référer de manière générale à la population de l'hôpital. »³² Selon elles, « le regard que portent ces intervenants [hospitaliers] sur une population ethniquement identifiée n'est pas neutre, mais encombré de filtres »³³.

²⁷ Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, 2011, n° 53, p. 110. Voir : Estelle Carde, « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, 1 septembre 2006, vol. 16, n° 2, p. 57-80 ; Estelle Carde, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 1 juin 2007, vol. 19, n° 2, p. 99-109 ; Marguerite Cognet, Céline Gabarro, et Emilie Adam-Vezina, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & Migrations*, novembre 2009, n° 1282.

²⁸ Laurence Kotobi, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 62-72.

²⁹ Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *Body & Society*, 2007, vol. 13, n° 3, p. 79-102.

³⁰ Priscille Sauvegrain, *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, Thèse de sociologie, Université Paris Diderot (Paris VII), Paris, 2010, 403 p ; Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des "Africaines" en Ile-de-France: racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 24 octobre 2012, vol. 28, n° 2, p. 81-100.

³¹ Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *op. cit.*

³² *Ibid.*, p. 112.

³³ Laurence Kotobi, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *op. cit.*, p. 64. Notons que la littérature nord-américaine consacrée à cette question est extrêmement dense. Voir par exemple : Ana I. Balsa et Thomas G. McGuire, « Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities », *Journal of Health Economics*, 2003, vol. 2003, p. 89-116 ; Virginia S. Cain et Raynard S. Kington, « Investigating the Role of Racial/Ethnic Bias in Health Outcomes », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 191-192 ; Rep John Conyers, « A Fresh Approach to Health Care in the United States: Improved and Expanded Medicare for All », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 193 ; William A. Darity, « Employment Discrimination, Segregation, and Health », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2,

Dans le cadre de cette thèse, nous proposons d'étudier le regard racialisant que posent les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés sur certains usagers désignés comme roms, mais nous faisons l'hypothèse qu'il ne résulte pas – ou, en tout cas, pas uniquement – de « filtres » qui « encombrant » leur regard.

2. L'hypothèse d'un usage conscient et contextualisé de la racialisation

Dans leur ouvrage *Racial Formation in the United States: from the 1960s to the 1990s*³⁴, les chercheurs Michael Omi et Howard Winant définissent le processus de racialisation comme « *l'extension d'une signification raciale à un groupe, une pratique sociale ou une relation sociale qui n'avaient pas été catégorisés comme raciaux auparavant* »³⁵. Nous reprendrons à notre compte cette définition, que nous affinerons en y intégrant les précisions proposées par Pierre-André Taguieff pour qui la racialisation est un « *processus psycho-social consistant à "altérer" un groupe (et, partant, tout individu censé être membre de ce groupe), et, éventuellement, (comme dans le racisme "classique"), à l'inférioriser globalement* »³⁶. Nous posons à sa suite que ce processus de racialisation est à l'origine de propos, d'attitudes et/ou de comportements différentiels infériorisants et essentialisants de la part des agents institutionnels envers les usagers qu'ils identifient comme appartenant à un groupe minorisé.

p. 226-231 ; Jennifer Malat, Rose Clark-Hitt, Diana Jill Burgess, Greta Friedemann-Sanchez, et Michelle Van Ryn, « White doctors and nurses on racial inequality in health care in the USA: whiteness and colour-blind racial ideology », *Ethnic and Racial Studies*, septembre 2010, vol. 33, n° 8, p. 1431-1450 ; Andrew E. Scharlach, Nancy Giunta, Julian Chun-Chung Chow, et Amanda Lehning, « Racial and Ethnic Variations in Caregiver Service Use », *Journal of Aging and Health*, Avril 2008, vol. 20, n° 3, p. 326-346 ; Michelle van Ryn et Steven S. Fu, « Paved With Good Intentions: Do Public Health and Human Service Providers Contribute to Racial/Ethnic Disparities in Health? », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 248-255 ; David R. Williams, Harold W. Neighbors, et James S. Jackson, « Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 200-208 ; Barbara L. Zust et Kay Moline, « Identifying Underserved Ethnic Populations Within a Community: The First Step in Eliminating Health Care Disparities Among Racial and Ethnic Minorities », *Journal of Transcultural Nursing*, 1 janvier 2003, vol. 14, n° 1, p. 66-74.

³⁴ Michael Omi et Howard Winant, *Racial Formation in the United States: from the 1960s to the 1990s*, Psychology Press, 1994, 244 p.

³⁵ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, Boulder, Colo., L. Rienner, 2001, p. 40.

³⁶ « L'autre ainsi construit est exclu de l'humanité normale, et, à ce titre, traité comme une chose ou un objet, un animal nuisible, un cas pathologique, un ennemi menaçant. L'acte de racialiser implique celui d'essentialiser. » Pierre-André Taguieff (dir.), *Le Racisme: un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*, [Paris], Flammarion, 1997, p. 1491.

Cela signifie-t-il que tous les professionnels que nous avons rencontrés sont racistes ? C'est-à-dire, qu'ils adhèrent à « *une doctrine qui admet que l'espèce humaine est divisée en races, groupes spécifiques par leurs caractères héréditaires, dont le comportement est régi prioritairement sinon exclusivement par cette appartenance biologique* »³⁷, qu'ils établissent sur ce fondement « *un classement préférentiel pour orienter un système de valeurs et d'actions* »³⁸ et, ainsi, « *justifi[ent] des actes d'infériorisation, d'exclusion et parfois de destruction des autres* »³⁹ ? Etant données la banalité et la fréquence de l'usage du processus de racialisation à l'hôpital, il nous semble statistiquement hautement improbable que *tous* les professionnels interrogés adhèrent à des thèses prônant l'infériorité biologique de certains groupes humains sur d'autres. S'il est tout à fait possible que *certain*s d'entre eux souscrivent à ce type d'idéologie, nous convenons avec Alexis Spire, que « *contrairement à une idée largement répandue par le sens commun, les discriminations ne dépendent pas exclusivement des préférences politiques ou morales des agents.* »⁴⁰ La mise en œuvre du processus de racialisation par les professionnels hospitaliers ne résulte donc pas uniquement de leurs opinions politiques ou de leurs convictions idéologiques personnelles⁴¹. Cela signifie-t-il, alors, que l'institution hospitalière est raciste ? C'est-à-dire que les procédures, les normes, les stratégies et les pratiques qu'elle promeut, produisent et reproduisent des inégalités raciales, processus qui peut être qualifié de « racisme institutionnel »⁴² ? L'hypothèse d'un racisme institutionnel ne doit pas être écartée et l'usage routinier du processus de catégorisation raciale à l'égard de certains usagers par les agents institutionnels semble confirmer cette piste de

³⁷ Ariane Chebel d'Appollonia, *Les racismes ordinaires*, Paris, Presses de sciences po, 1998, p. 7.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Alexis Spire, « La discrimination des étrangers au guichet », *op. cit.*, p. 30. « *L'observation participante menée pendant un mois dans un service préfectoral de réception de demandeurs d'asile incite plutôt à rompre avec la vision de guichetiers uniformément xénophobes ou adeptes de la répression.* » *Ibid.*, p. 21.

⁴¹ « *Contrairement à ce que l'on croit le plus souvent, le "modèle ordinaire du racisme" ne se tient pas tant dans les comportements individuels, plus ou moins pathologiques, plus ou moins fanatiques, que dans ces conduites souvent routinières, jamais sanctionnées, perpétrées ou abritées par des administrations et des institutions qui font partie de l'appareil d'Etat.* » Véronique de Rudder, Christian Poirer, et François Vourc'h, *L'inégalité raciste: l'universalité républicaine à l'épreuve*, Paris, Presses universitaires de France, 2000, p. 12.

⁴² Selon la définition que S. Carmichael et C. V. Hamilton donnent du racisme institutionnel dans leur ouvrage *Black Power : the Politics of Liberation in America* publié en 1967. Voir à ce sujet : Valérie Sala Pala, « Faut-il en finir avec le concept de racisme institutionnel? », *Regards Sociologiques*, 2010, vol. 39, p. 37 ; Michel Wieviorka, *Le racisme: une introduction*, Paris, La Découverte, 1998, p. 27.

réflexion. En effet, comme le notent Marguerite Cognet, Sandra Bascougnano et Emilie Adam-Vezina, « *la catégorisation "raciale" (et de facto raciste) est spontanément utilisée par les soignants.* »⁴³ Toutefois, en se focalisant sur l'institution, la thèse du racisme institutionnel « oublie » l'acteur et ne laisse aucune place à l'intentionnalité⁴⁴, ce qui ne nous permet pas d'expliquer la diversité des justifications que les professionnels que nous avons rencontrés fournissent pour expliquer l'utilisation de la racialisation dans la conduite de leurs missions quotidiennes⁴⁵. Comme le remarque Michel Wieviorka, le racisme institutionnel implique que « *l'ensemble de ceux qui dominent sont extérieurs à sa pratique, et en même temps en bénéficient ; il exonère chacun d'entre eux de tout soupçon de racisme, puisque selon cette théorie, seules les institutions, à la limite, fonctionnent au racisme, et en même temps, il fait porter sur tous la responsabilité du phénomène.* »⁴⁶ Or, à l'instar d'Anthony Giddens, nous considérons que « *les acteurs (...) sont capables de comprendre ce qu'ils font pendant qu'ils le font ; cette capacité est inhérente à ce qu'ils font. La capacité réflexive de l'acteur humain est constamment engagée dans le flot des conduites quotidiennes, dans les divers contextes de l'activité sociale.* »⁴⁷ Nous envisageons par conséquent le processus de « racialisation », que les professionnels hospitaliers mettent en œuvre à l'égard de certains usagers, comme le résultat d'une décision consciente et non uniquement comme la conséquence de l'organisation institutionnelle de l'hôpital. Mais alors, pourquoi les professionnels hospitaliers ont-ils recours au processus de racialisation ? Quelques auteurs, refusant de considérer les acteurs comme irresponsables ou irrationnels, ont cherché à envisager la question sous un angle

⁴³ Marguerite Cognet, Sandra Bascougnano, et Emilie Adam-Vezina, *Traitement différentiel dans les parcours thérapeutiques. Maladies infectieuses: Vih-Sida, Tuberculose*, Paris, URMIS, 2009, p. 4.

⁴⁴ La thèse du racisme institutionnel « *devient insuffisante à partir du moment où elle fait du racisme un phénomène abstrait, semblant reposer sur des mécanismes abstraits, sans acteurs.* » Michel Wieviorka, *Le racisme*, op. cit., p. 31. Pour une lecture critique exhaustive du concept de racisme institutionnel voir : Valérie Sala Pala, « Faut-il en finir avec le concept de racisme institutionnel? », op. cit.

⁴⁵ A l'instar d'Anne Paillet, nous présumons la « bonne volonté morale » des professionnels que nous avons rencontrés dans le cadre de cette enquête. « *Il ne s'agit donc pas de supposer qu'ils ne sont pas sincères (encore moins qu'ils agissent avec "cynisme") sous prétexte que leurs attitudes sont ajustées à leurs intérêts. On peut avoir intérêt à utiliser une conviction à titre d'argument tout en ayant une croyance sincère en son bien-fondé. C'est à des processus de coproduction des convictions et des arguments qu'on a ici affaire.* » Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007, p. 220.

⁴⁶ Michel Wieviorka, *Le racisme*, op. cit., p. 30.

⁴⁷ Anthony Giddens, *La Constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses universitaires de France, 1987, p. 33.

utilitariste⁴⁸. Ainsi, pour Nicolas Jounin, « *on peut faire l'hypothèse que cette "gestion par races" [de la main d'œuvre employée sur les chantiers de construction] n'est pas un [phénomène] irrationnel, introduit subrepticement dans le processus rationnel qu'est l'activité d'une entreprise, mais qu'elle est partie intégrante de cette dernière, en constituant une partie du "savoir" empirique qui la soutient. Un savoir qui est nécessaire même quand on le réproche, pour pouvoir répondre efficacement aux demandes parfois explicitement racistes des clients.* »⁴⁹

A l'instar de ces auteurs, nous faisons ici l'hypothèse que le recours à la racialisation est un choix rationnel de la part des professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés. D'ailleurs, comme le faisait remarquer Eliot Freidson, le processus de catégorisation des patients *en général* est routinier dans les services hospitaliers : « *les nombreux travaux sur l'interaction dans un service hospitalier montrent que certaines caractéristiques du malade semblent commander au personnel les techniques de contrôle à utiliser pour pouvoir organiser son travail. C'est immédiatement manifeste dans le cas de l'incapacité physique : un malade inconscient pose moins de problèmes qu'un malade qui a toute sa tête ; et un grabataire affaibli qu'un patient ingambe. L'identité socio-juridique est un autre trait important : si le malade est à la charge de la société parce qu'il est "économiquement assisté" ou s'il est détenu à l'hôpital en vertu d'une ordonnance légale (...) ou s'il est étiqueté psychotique, sénile, retardé, ou quoi que ce soit qui le prive de la considération due aux "gens sérieux", il aura des difficultés à faire valoir son point de vue dans les interactions du service. Autre trait à signaler, les ressources socio-économiques : un patient qui a de l'argent, un personnage politique important (...), aura droit à des égards particuliers (...).* »⁵⁰ De même, pour Anne-Marie Arborio – plus récemment et dans le contexte français –, « *c'est*

⁴⁸ Voir par exemple : Régis Cortéséro, Sylvain Kerbourc'h, David Mélo, et Alexandra Poli, « Recruteurs sous tensions. Discrimination et diversité au prisme de registres argumentaires enchevêtrés », *Sociologie du Travail*, octobre 2013, vol. 55, n° 4, p. 431-453 ; Nicolas Jounin, « L'ethnisation en chantiers. Reconstructions des statuts par l'ethnique en milieu de travail », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 décembre 2004, vol. 20, n° 3, p. 103-126 ; Christian Rinaudo, « L'imputation de caractéristiques ethniques dans l'encadrement de la vie scolaire », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 1998, vol. 14, p. 27-43 ; Alexis Spire, *Etrangers à la carte*, op. cit.

⁴⁹ Nicolas Jounin, « L'ethnisation en chantiers. Reconstructions des statuts par l'ethnique en milieu de travail », op. cit., p. 108.

⁵⁰ Eliot Freidson, *La Profession médicale*, op. cit., p. 131. Voir également : Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 1996, vol. 22, n° 1, p. 87-106 ; Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Ed. Métailié, 2000.

là une caractéristique de tout métier de service que d'élaborer des principes de catégorisation des clients en fonction des problèmes que chacun pose pour l'accomplissement des différentes tâches.»⁵¹ Le fait que les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés utilisent l'appartenance raciale présumée des patients comme critère de catégorisation ne fait donc qu'allonger la liste des références disponibles pour réaliser cette tâche usuelle de tri des usagers. En revanche, le fait que cette référence soit disponible et, apparemment, jugée pertinente par les professionnels hospitaliers nous amène à considérer la dimension structurelle du racisme.

Il nous semble en effet nécessaire, pour mener à bien cette analyse, de ne pas mettre de côté les processus structurels qui autorisent la reproduction des inégalités raciales dans une société donnée. De nombreux auteurs ont analysé la dimension structurelle du racisme⁵². Par exemple, *« contre les représentations aseptisées de la "société démocratique" qui triomphent au lendemain de la victoire sur le nazisme et tendent à recouvrir la réalité persistante du colonialisme, [Frantz] Fanon insiste (...) sur le fait que le racisme est bien une structure sociale (et que les individus sont "racistes" parce que les sociétés elles-mêmes reposent sur la distinction absolue entre les "maîtres" et les "esclaves") »*⁵³. Nous nous intéresserons ici à l'interprétation matérialiste en termes de « systèmes sociaux

⁵¹ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 1996, vol. 22, n° 1, p. 92.

⁵² Voir par exemple : « *La France est un pays raciste, car le mythe du nègre-mauvais fait partie de l'inconscient, de la collectivité.* » Frantz Fanon, *Peau noire, masques blancs*, Editions du Seuil, 1975, p. 74. Pour Etienne Balibar et Immanuel Wallerstein, le racisme « ne peut s'expliquer en dernière analyse que par des causes structurelles. Dans la mesure où ce qui est en jeu ici – qu'il s'agisse de théories savantes, de racisme institutionnel ou populaire –, c'est la catégorisation de l'humanité en espèces artificiellement isolées, il faut bien qu'existe une scission violemment conflictuelle au niveau des rapports sociaux eux-mêmes. Il ne s'agit donc pas de simple "préjugés". De plus, il faut que, par-delà des transformations historiques aussi décisives que la décolonisation, cette scission soit reproduite, dans le cadre mondial qu'a créé le capitalisme. » Etienne Balibar et Immanuel Wallerstein, *Race, nation, classe*, op. cit., p. 18. Pour Colette Guillaumin « le minoritaire se trouve en fait intégré dans le système symbolique défini par le majoritaire », ce « système raciste » guide « les perceptions de l'altérité ». Colette Guillaumin, *L'idéologie raciste: genèse et langage actuel*, Paris, Gallimard, 2002, p. 110-125. Pour Christian Poiret, le terme « racialisation » désigne « un processus cognitif de mise en forme du monde et de définition de la situation, un processus de construction de la réalité sociale, c'est-à-dire la face mentale du racisme compris comme un rapport social. » Christian Poiret, « Les processus d'ethnisation et de raci(al)isation dans la France contemporaine: Africains, Ultramarins et "Noirs" », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2011, vol. 27, n° 1, p. 113. Voir également : John Rex, *Ethnicité et citoyenneté: la sociologie des sociétés multiculturelles*, Paris, L'Harmattan, 2006 ; Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, Boulder, Colo., L. Rienner, 2001 ; Michael Omi et Howard Winant, *Racial Formation in the United States*, op. cit.

⁵³ Etienne Balibar, « La construction du racisme », *Actuel Marx*, 1 septembre 2005, n° 38, n° 2, p. 25.

racialisés » (*racialized social systems*) proposée par Eduardo Bonilla-Silva⁵⁴. Ce concept désigne des sociétés qui allouent des ressources économiques, politiques, sociales et même psychologiques, aux groupes en fonction de critères raciaux socialement construits. Selon lui, les races sont historiquement constituées : elles deviennent les effets des relations d'opposition entre groupes racialisés à tous les niveaux du système social. Une fois qu'une société est racialisée, un ensemble de relations et de pratiques sociales fondées sur des distinctions raciales se développe à tous les niveaux de la société. Sur la base de cette structure, une idéologie raciale se développe. Cette idéologie n'est pas simplement un phénomène « superstructurel » (un simple reflet du système racialisé) mais elle devient la carte organisationnelle qui guide les actions des acteurs raciaux dans la société. Elle devient aussi réelle que les relations raciales qu'elle organise⁵⁵. Ainsi, E. Bonilla-Silva analyse la reproduction des inégalités raciales, non comme le résultat de comportements individuels racistes, mais comme découlant des opérations normales de la société. Le racisme, entendu comme l'idéologie du système social racialisé⁵⁶, cristallise le dogme changeant à partir duquel les acteurs du système social opèrent, et devient alors le « sens commun » ; il fournit les règles pour percevoir et gérer les « Autres » dans une société racialisée⁵⁷. Selon lui, « l'idéologie raciale aide à "structurer", au sens d'Anthony Giddens, la vie [raciale des acteurs] »⁵⁸. Cette théorie nous permet alors d'expliquer que la référence raciale puisse être considérée, par les professionnels hospitaliers, comme disponible voire pertinente dans la conduite de leurs tâches quotidiennes. Sans dénier l'intentionnalité et la responsabilité des individus dans la perpétuation du processus de racialisation (ou ses conséquences), elle permet d'analyser l'ampleur de ce phénomène de catégorisation raciale des usagers, en posant la question de

⁵⁴ Eduardo Bonilla-Silva, « Rethinking Racism: Toward a Structural Interpretation », *American Sociological Review*, juin 1997, vol. 62, n° 3, p. 465-480 ; Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, op. cit. ; E. Bonilla-Silva, « The Linguistics of Color Blind Racism: How to Talk Nasty about Blacks without Sounding "Racist" », *Critical Sociology*, janvier 2002, vol. 28, n° 1-2, p. 41-64 ; Eduardo Bonilla-Silva, *Racism without Racists: Color-Blind Racism and the Persistence of Racial Inequality in America*, 3rd ed., Lanham, Rowman & Littlefield Publishers, 2010, 301 p.

⁵⁵ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, op. cit., p. 70-79.

⁵⁶ Eduardo Bonilla-Silva, « Rethinking Racism », op. cit., p. 467.

⁵⁷ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, op. cit., p. 44.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 71.

l'intérêt personnel et matériel de certains acteurs (le maintien de leur position dominante et la reproduction de leurs avantages systémiques) dans l'utilisation routinière du processus de racialisation à l'égard des « Autres »⁵⁹. De plus, comme nous le verrons ultérieurement, elle offre une grille de lecture convaincante des explications et justifications que les agents institutionnels fournissent pour expliquer le recours à la racialisation dans une société en principe égalitaire et *color-blind*⁶⁰.

Avant d'être en mesure de vérifier cette hypothèse d'un usage conscient et contextualisé du processus de racialisation de certains usagers par les professionnels hospitaliers, il nous faut mettre au jour le processus de racialisation lui-même. Or, comme nous venons indirectement de le montrer, il est pour cela nécessaire d'articuler trois niveaux d'analyse différents : l'acteur, l'institution et la structure⁶¹.

3. Acteurs sociaux et contexte institutionnel

Au premier plan de cette recherche se trouvent des « professionnels hospitaliers ». Cette expression désigne ici une réalité extrêmement hétérogène, puisque contrairement à certaines recherches qui se focalisent sur un seul groupe professionnel⁶² ou – comme c'est souvent le cas dans les recherches consacrées au milieu hospitalier – sur les « soignants »⁶³ à l'exclusion des personnels administratifs⁶⁴, nous avons fait le choix d'intégrer tous types de professionnels en

⁵⁹ Eduardo Bonilla-Silva, *Racism without racists*, op. cit., p. 9.

⁶⁰ E. Bonilla-Silva, « The Linguistics of Color Blind Racism », op. cit.

⁶¹ Valérie Sala Pala, « Faut-il en finir avec le concept de racisme institutionnel? », op. cit.

⁶² Comme par exemple : Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des Affaires Sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, p. 161-181 ; Anne-Marie Arborio, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », in *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte., 2010, p. 51-61 ; Linda Denour et Rémi Junker, « Les médecins étrangers dans les hôpitaux français », *Revue européenne de migrations internationales*, 1995, vol. 11, n° 3, p. 145-166 ; Paule Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan, 2006, 284 p.

⁶³ Comme par exemple : Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit. ; Jean Peneff, *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992 ; Geneviève Picot, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public: un rapport social instable - Le cas de deux services hospitaliers », *Revue française des Affaires Sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, p. 83-100.

⁶⁴ Nicolas Belorgey désigne par « soignants » ces professionnels pour qui « le contact direct du matériau humain crée une communauté de condition qui les distingue des autres agents, comme ceux de l'administration des hôpitaux. » Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte., Paris, 2010, p. 31.

contact avec les usagers lors de leur venue dans l'institution (les *street-level bureaucrats*), quel que soit leur métier ou la mission qu'ils réalisent lors de cette interaction⁶⁵. Notre objectif est ici double : étudier les représentations et pratiques de chaque type de professionnel hospitalier (agent administratif, médecin, directrice des soins, assistante sociale, etc.)⁶⁶ à l'égard des patients qu'ils identifient comme roms ; mais également analyser comment le travail collectif s'organise et se négocie dans l'institution autour de ces usagers racialisés.

Pour ce faire, nous avons inscrit ce travail dans la tradition d'ethnographie culturaliste des travailleurs⁶⁷ qui permet, comme le note Vincent Dubois, d'« *aborder la vie au guichet sous l'angle des rôles sociaux et des constructions identitaires* »⁶⁸. Il nous semble en effet essentiel, pour rendre compte de la variabilité des représentations et de l'ajustement des pratiques des *street-level bureaucrats* en fonction des usagers qu'ils reçoivent, de prendre en considération les dispositions professionnelles, la trajectoire biographique des agents, mais également les conditions institutionnelles qui s'imposent à eux.

Ces agents sont tout d'abord des professionnels dont il s'agit d'identifier « *les habitudes, les dispositions, les mentalités, l'ethos (...) dans leur confrontation au public* »⁶⁹. Leur trajectoire professionnelle, les difficultés et les opportunités qui se sont présentées au cours de leur carrière, les choix que ces agents ont alors faits, ont des effets sur leur rapport au travail et leurs pratiques quotidiennes⁷⁰. A cela s'ajoute la conception singulière que ces agents ont, chacun, du rôle social qu'ils sont amenés à jouer sur la scène institutionnelle⁷¹. Nous avons donc cherché à « *dégager des types de pratiques et [à] rapporter chacune d'elles aux trajectoires*

⁶⁵ Pour une présentation détaillée des professionnels inclus dans cette étude, voir annexes : pp.590-594.

⁶⁶ « *Pour s'affranchir des discours officiels, l'enquête de terrain ouvre la possibilité de saisir les organisations et les entreprises à partir des acteurs peu légitimes comme le conseillait Everett Hughes [1996, p. 123-124] ou d'"objets sans noblesse" [Pestre, 2006, p. 64]. C'est ainsi que le point de vue des agents de service d'un établissement scolaire offre une représentation de la discipline différente de celle présentée par les professeurs et les chefs d'établissement [Masson, 1999].* » Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba, et Séverin Muller, *Observer le travail: histoire, ethnographie, approches combinées*, La Découverte, 2008, p. 11.

⁶⁷ Jean-Marc Weller, « Les agents administratifs: travail d'arbitrage et conscience professionnelle », *op. cit.*, p. 324.

⁶⁸ Vincent Dubois, *La vie au guichet*, *op. cit.*, p. 15.

⁶⁹ Jean-Marc Weller, « Les agents administratifs: travail d'arbitrage et conscience professionnelle », *op. cit.*, p. 325.

⁷⁰ « *Pour comprendre les variations de pratiques d'un agent à l'autre, il faut être en mesure de restituer les représentations différentes qu'ils peuvent se faire de leur mission, en tenant compte de leurs conditions de travail, de leur ancienneté dans le poste et des ressources dont ils disposent pour résister à certaines injonctions de la hiérarchie.* » Alexis Spire, « La discrimination des étrangers au guichet », *op. cit.*, p. 22.

⁷¹ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1997, p. 73.

sociales des agents et à leur socialisation au sein même de l'institution. »⁷² De plus, comme le note Everett Hughes, « *la conception du travail – la conception que l'on a de son propre travail et de sa carrière – joue un rôle très important dans la conception que l'on a de soi-même. Elle joue également un rôle très important dans le processus d'identification sociale* »⁷³. L'individu et le rôle de professionnel qu'il endosse lorsqu'il travaille sont indissociables⁷⁴. Etudier des professionnels au travail revient à considérer des agents sociaux à part entière. Il est par conséquent nécessaire d'inclure l'analyse des propriétés sociales et individuelles⁷⁵ des agents institutionnels afin d'appréhender leurs conceptions et leur pratiques professionnelles dans toute leur complexité. Enfin, ces travailleurs agissent dans un domaine d'activité particulier, tendu vers des missions, régi par des normes, soutenu par des valeurs qui encadrent leur pratique. « *Le regard ethnographique vise donc à examiner comment les travailleurs s'ajustent collectivement aux contraintes propres à leurs univers professionnels ou interprètent celles-ci (...). Ainsi dans toute situation, ils développent des savoir-faire particuliers, affinent les organisations, œuvrent à conforter leurs marges de manœuvre et résistent en pratique, parfois de manière organisée, parfois de façon plus latente, à la domination au quotidien.* »⁷⁶

Deuxième point, les professionnels que nous avons rencontrés ne travaillent pas seuls. Bien au contraire, leurs pratiques participent à la réalisation d'une mission collective – la prise en charge du patient – et s'emboîtent dans celles de leurs collègues. Au-delà de la relation de guichet qui s'établit entre usagers et agents, il convient ainsi également de prendre en compte ce qui se passe derrière le guichet, entre professionnels⁷⁷. Nous convenons avec Everett Hughes que, « *pour étudier*

⁷² Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba, et Séverin Muller, *Observer le travail: histoire, ethnographie, approches combinées*, La Découverte, 2008, p. 75.

⁷³ Everett Hughes, « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1996, vol. 115, n° 1, p. 97.

⁷⁴ « *L'origine nationale ou la couleur de peau [des usagers] n'interviennent donc pas comme des facteurs déterminant les pratiques mais plutôt comme des considérations qui se superposent à l'origine sociale, la trajectoire professionnelle et à la position occupée dans le service [des agents].* » Alexis Spire, « La discrimination des étrangers au guichet », *op. cit.*, p. 26.

⁷⁵ Christelle Avril, Marie Cartier, et Delphine Serre, *Enquêter sur le travail concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, 2010, p. 121.

⁷⁶ Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba, et Séverin Muller, *Observer le travail*, *op. cit.*, p. 9.

⁷⁷ « *En dehors des relations avec sa hiérarchie, chaque travailleur voit sa situation de travail définie par l'ensemble de ses pairs et des groupes professionnels qu'il côtoie, voire des clients le cas échéant.* » Christelle Avril, Marie Cartier, et

correctement la division du travail, il faut, dans chaque système de travail, prendre en compte le point de vue de toutes les catégories de personnes qui y sont impliquées, que leur position soit supérieure ou inférieure, qu'ils soient au centre ou à la périphérie du système.»⁷⁸ Or, comme le montre Anne Paillet⁷⁹, l'observation du travail quotidien dans un service hospitalier met au jour les désaccords, les négociations⁸⁰ et les conflits entre les membres d'une même équipe. En nous invitant à réfléchir sur ce que signifie, pour un individu, « occuper une position professionnelle »⁸¹, l'auteure pointe du doigt les formes de coopération et de conflit entre groupes professionnels qui résultent de normes professionnelles distinctes, de places différentes dans la hiérarchie professionnelle et de l'inégale répartition qui en découle en termes d'autorité et d'autonomie professionnelle⁸². Dans l'univers hiérarchisé qu'est le milieu hospitalier, nous nous intéresserons particulièrement aux questions de la division du travail et de la délégation du « sale boulot »⁸³ afin de « mettre au jour la hiérarchie symbolique des tâches qui reviennent aux différents groupes de travailleurs »⁸⁴ et d'y identifier la place du processus de racialisation des usagers.

Delphine Serre, *Enquêter sur le travail concepts, méthodes, récits*, op. cit., p. 18. Voir également : Pascal Martin, « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires : Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 189, n° 4, p. 34.

⁷⁸ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 68.

⁷⁹ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit.

⁸⁰ Anselm Leonard Strauss et Isabelle Baszanger, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Éd. l'Harmattan, 1992, vol. 1/, p. 30-33. Anselm Strauss « montre que les membres du service de soins n'ont en commun qu'un seul objectif assez vague, améliorer l'état du patient. Leurs opinions diffèrent sur la manière dont il faut s'y prendre, en fonction de leurs convictions personnelles, de leur métier, de leur formation, de leur place dans la hiérarchie, etc. Ils fondent leur coopération sur un ensemble d'accords plus ou moins explicites, conclus entre eux au quotidien et modifiables à tout moment. » Carine Vassy, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, 1999, vol. 40, n° 2, p. 325-356.

⁸¹ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 15.

⁸² Christelle Avril, Marie Cartier, et Delphine Serre, *Enquêter sur le travail concepts, méthodes, récits*, op. cit., p. 84. « La matrice institutionnelle dans laquelle un travail est accompli pour autrui devient certainement de plus en plus complexe dans la plupart des secteurs d'activités professionnelles ; de plus en plus de catégories de travailleurs interviennent dans une division du travail aux limites toujours fluctuantes. Mais ce n'est pas tant le nombre de personnes impliquées qui semble inquiéter les professionnels, que les divergences de conceptions sur ce qu'est ou devrait être le travail, sur la nature du mandat donné par le public, sur les possibilités et les moyens d'intervention, ainsi que sur le rôle particulier imparti à chaque catégorie, avec ses responsabilités et gratifications spécifiques. » Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 67.

⁸³ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 64.

⁸⁴ « La division médicale du travail est connue pour la rigidité de sa hiérarchie. La place dans celle-ci est en relation avec le degré d'impureté des fonctions remplies. A mesure que leur statut professionnel s'élève, les infirmières délèguent les plus humbles de leurs tâches traditionnelles aux aides-soignantes et aux femmes de service. Nul n'est inférieur, dans la hiérarchie de l'hôpital, à ceux qui sont chargés du linge sale et, à l'hôpital psychiatrique, au garçon de salle dont le travail combine certaines tâches malpropres et l'usage de la force. » Christelle Avril, Marie Cartier, et Delphine Serre, *Enquêter sur le travail concepts, méthodes, récits*, op. cit., p. 62.

D'autre part, ces professionnels exercent dans un univers institutionnel particulier. Tendus vers une mission vitale, portés par des valeurs humanistes et égalitaristes, et encadrés par des normes et des codes (y compris vestimentaire ou langagier) spécifiques, l'hôpital⁸⁵ est souvent dépeint comme une « institution totale »⁸⁶ isolée du reste de la société, voire soustraite à ses influences. De fait, la relation de soin présente effectivement certaines spécificités par rapport aux autres relations de guichet. Par exemple, Yasmine Siblot montre, dans le cas des interactions qu'elle a étudiées dans les services administratifs d'une mairie, dans un bureau de poste et dans un centre social, que « *le fondement de l'autorité institutionnelle que détiennent les agents de guichet des institutions publiques est leur légitimité à appliquer des règles qui conditionnent la délivrance d'un service auquel le public est contraint, à des degrés divers, de recourir.* »⁸⁷ Comme l'a montré M. Lipsky⁸⁸, le caractère « non volontaire » du recours aux services publics contraint généralement l'utilisateur à se plier aux injonctions des agents au cours de la relation de guichet. « *La "construction sociale du client" s'étend [alors], au-delà du respect des règles bureaucratiques, à l'imposition de normes sociales, rendues visibles lors des interactions de guichet et qui sont indissociablement celles de l'institution et celles de ses agents.* »⁸⁹ Dans le cas de l'interaction institutionnelle qui se déroule à l'hôpital, l'agent est tenu par une obligation déontologique de délivrer le résultat espéré par l'utilisateur, c'est-à-dire le soin. De plus, les usagers sollicitent l'hôpital pour des services de santé qui, vitaux ou plus ordinaires, ne leur sont presque jamais imposés par le droit mais résultent de leur propre initiative. Enfin, l'asymétrie inhérente à toute relation de guichet a récemment fait l'objet de plusieurs correctifs juridiques dans le domaine de la santé⁹⁰. Ainsi, s'il est attendu des patients qu'ils se conforment à certaines règles de comportement

⁸⁵ Nous utilisons ici les termes « institution hospitalière » ou « hôpital » dans une dimension générique pour désigner des établissements de santé MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) aussi bien publics que privés.

⁸⁶ Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de minuit, 1968.

⁸⁷ Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien*, op. cit., p. 134.

⁸⁸ Michael Lipsky, *Street-level bureaucracy*, op. cit.

⁸⁹ Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien*, op. cit., p. 134.

⁹⁰ Voir : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>, consulté le 16 février 2015 ; La Charte de la personne hospitalisée, <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>, consulté le 28 janvier 2015.

durant la relation de soin, le personnel hospitalier ne peut toutefois refuser d'accomplir sa mission professionnelle au motif qu'il désapprouve ou qu'il est gêné dans son travail par le comportement du patient. L'enjeu de l'interaction (la vie, la santé de l'utilisateur) semble ainsi limiter le pouvoir discrétionnaire des agents hospitaliers. Toutefois, dès 1972, Julius A. Roth note que la neutralité des personnes engagées dans les soins médicaux vis-à-vis des usagers est un mythe⁹¹. Autrement dit, si les professionnels hospitaliers sont tenus par une obligation déontologique de soin, la forme et les conditions de délivrance de celui-ci peuvent faire l'objet d'interprétations différentes en fonction de la façon dont les agents perçoivent les usagers. En dépit de l'omniprésence des principes égalitaristes et de la notion de « morale » dans les institutions de santé (quoique rarement exprimée en ces termes pour la seconde⁹²), les professionnels qui y travaillent n'en sont pas moins « *perméables aux discours sur les populations auxquelles ils ont affaire et aux débats que suscite la réalisation de leur propre mission* »⁹³. Les particularités de la relation de soin ne doivent, par conséquent, pas faire oublier que cette interaction est soumise à des grilles de lecture institutionnelles similaires à celles qui guident les autres relations de guichet. Valérie Sala Pala souligne que « *les institutions développent une culture propre, un ensemble de normes, de règles et de routines, de "cartes mentales" qui permettent aux acteurs de s'orienter au quotidien dans leur univers institutionnel. Confrontés à des injonctions contradictoires, au manque de ressources et de temps, à la pression des usagers, les acteurs utilisent [des] "raccourcis cognitifs", [des] images, [des] codes institutionnalisés pour résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés.* »⁹⁴ Nous nous attacherons ici à identifier en quoi le processus de catégorisation raciale

⁹¹ Julius A. Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, mars 1972, vol. 77, n° 5, p. 841.

⁹² Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 14. « *Qu'il s'agisse de la déontologie du code ou d'une déontologie plus personnelle – invoquée spontanément en entretien par des praticiens –, il est constamment fait référence à la notion de "morale", à l'engagement du médecin auprès du patient et à une certaine représentation éthique de l'activité ordinaire du médecin.* » Alexandre Jaunait, « La médecine est-elle toujours morale? », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 26, n° 1, p. 96.

⁹³ Didier Fassin, Yasmine Bouagga, Isabelle Coutant, Jean-Sébastien Eidelman, Fabrice Fernandez, Nicolas Fischer, Carolina Kobelinsky, Chowra Makaremi, Sarah Mazouz, et Sébastien Roux, *Juger, réprimer, accompagner: Essai sur la morale de l'Etat*, Seuil, 2013, p. 19.

⁹⁴ Valérie Sala Pala, « Faut-il en finir avec le concept de racisme institutionnel? », op. cit., p. 44.

des usagers est susceptible de relever de ces routines (au sens d'A. Giddens⁹⁵) et simplifications dont usent les différentes catégories de professionnels hospitaliers pour appréhender leur travail quotidien.

Dernier point, l'univers hospitalier dans lequel exercent les professionnels que nous avons rencontrés est loin d'être immuable. Ses modes d'organisation, les catégories d'agents qui y travaillent, la structuration de son activité, la façon dont l'action publique⁹⁶ s'empare de cette institution, sont en perpétuelle évolution. Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons particulièrement à l'impact des réformes du « nouveau management public »⁹⁷ sur le travail des agents institutionnels. Depuis les années 1980, on assiste au transfert des « *logiques de marché et [des] logiques managériales dans la sphère publique en vue d'injecter dans cette dernière rationalité et efficacité* »⁹⁸, et ce y compris à l'hôpital⁹⁹. Les objectifs de maîtrise des dépenses de santé, d'augmentation de la productivité et de la rentabilité des établissements de santé¹⁰⁰ sont placés au cœur des réformes hospitalières des vingt dernières années. Une importante littérature est consacrée aux effets de ces réformes du nouveau management public sur l'hôpital¹⁰¹. Elle

⁹⁵ « Si la nature d'un agent ne peut se saisir qu'en passant par la constitution réflexive des activités quotidiennes dans des pratiques sociales, nous ne pouvons pas comprendre les mécanismes de la personnalité sans tenir compte des routines de la vie de tous les jours à travers lesquelles passe le corps et que l'agent produit et reproduit. La routinisation, que l'on conçoit comme ancrée dans la conscience pratique, est un concept fondamental dans la théorie de la structuration. » Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 109.

⁹⁶ Jacques Commaille, « Sociologie de l'action publique », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 599-607.

⁹⁷ Voir : Philippe Bezes, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, 2005, vol. 6, n° 126, p. 26-37 ; Philippe Bezes, « Le tournant néomanagérial de l'administration française », in *Politiques publiques 1*, Presses de Sciences Po., Paris, 2008, p. 215-254 ; Philippe Bezes, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, et Julia Evetts, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, juillet 2011, vol. 53, n° 3, p. 293-348 ; Philippe Bezes, « Etat, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012, vol. 3, n° 193, p. 16-37 ; Marie-Laure Djelic, « L'arrivée du management en France : un retour historique sur les liens entre managérialisme et Etat », *Politiques et management public*, 2004, vol. 22, n° 2, p. 1-17.

⁹⁸ Marie-Laure Djelic, « L'arrivée du management en France », op. cit., p. 2. Pour une vision historique et comparative des évolutions des Etats-providence européens depuis les années 1950, voir : Bruno Palier, « L'Europe et les États-providence », *Sociologie du Travail*, octobre 2009, vol. 51, n° 4, p. 518-535.

⁹⁹ Pour un état de la littérature relatif à l'influence des réformes du Nouveau Management Public sur l'hôpital en Europe, voir : Philippe Bezes, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, et Julia Evetts, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, juillet 2011, vol. 53, n° 3, p. 293-348.

¹⁰⁰ Brigitte Dormont et Carine Milcent, « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire », *Economie et statistique*, 2012, n° 455-456, p. 143-173.

¹⁰¹ Voir par exemple : Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit. ; Edouard Couty, « Hôpital public : le grand virage », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 28, n° 3, p. 39 ; Edouard Couty, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient ? », *Les Tribunes de la santé*, 21 octobre 2013, n° 40, n° 3, p. 23-35 ; Didier Tabuteau, *La Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*,

pointe notamment du doigt les risques d'une « *réorientation de l'offre de soins dans un sens non conforme aux besoins* »¹⁰², les contraintes pesant sur la qualité des soins dispensés¹⁰³, la « *mise à mal* » de « *la bureaucratie professionnelle, modèle traditionnel d'organisation de l'hôpital* »¹⁰⁴, les modifications substantielles de l'organisation du travail (réorganisation en pôles d'activités, montée en responsabilité des managers¹⁰⁵) et leurs conséquences en termes de conditions de travail pour les professionnels hospitaliers, etc. Nous focaliserons ici notre attention sur ce que ces réformes font aux professionnels hospitaliers : en quoi modifient-elles leur façon de travailler, de percevoir leur travail ? En quoi constituent-elles « *une attaque du phénomène professionnel* »¹⁰⁶ ? Et quel impact ces modifications ont-elles sur la façon dont ces agents appréhendent et prennent en charge les différents patients qu'ils reçoivent¹⁰⁷ ? En 2012, Vincent Dubois souligne que l'évolution récente des politiques publiques coïncide avec le développement « notable » du pouvoir discrétionnaire des *street-level bureaucrats* dans la conduite de l'action publique contemporaine en France¹⁰⁸. Selon lui, « *l'intensification des changements institutionnels, de la décentralisation à la réforme des échelons déconcentrés en passant par les réorganisations internes, brouille la répartition des compétences et les relations hiérarchiques ce qui peut*

Paris, O. Jacob, 2013, 304 p ; Anne Laude, « Dix ans de droit de la santé », *Les Tribunes de la santé*, 2009, vol. 25, n° 4, p. 51-62 ; François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes », *Revue française d'administration publique*, 12 mars 2010, n° 132, n° 4, p. 727-744 ; François-Xavier Schweyer, « 37. Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, p. 721-745 ; Michel Caillol, Pierre Le Coz, Régis Aubry, et Pierre-Henri Bréchat, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », *Santé Publique*, 2011, Vol. 22, n° 6, p. 625-636 ; Jean-Claude Moisdon et Dominique Tonneau, « Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public? », *Politiques et management public*, 15 octobre 2008, vol. 26/1, p. 111-126.

¹⁰² Brigitte Dormont et Carine Milcent, « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés? Les enjeux de la convergence tarifaire », *op. cit.*, p. 167.

¹⁰³ Philippe Batifoulier, « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue Française de Socio-Economie*, 1 décembre 2012, n° 10, n° 2, p. 155-174 ; Philippe Chanial, « Le New Public Management est-il bon pour la santé? », *Revue du MAUSS*, 17 juin 2010, vol. 35, n° 1, p. 135-150.

¹⁰⁴ Sandrine Cueille, « Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public », *Politiques et management public*, 2007, vol. 25, n° 4, p. 64.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 67-68.

¹⁰⁶ Philippe Bezes, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, et Julia Evetts, « New Public Management et professions dans l'État », *op. cit.*, p. 297.

¹⁰⁷ « *L'exposition accrue au public que rencontrent les agents de bureau du fait des réorganisations managériales, l'augmentation des contraintes de productivité liées à l'essor des dispositifs de gestion visant à tracer et à calculer les activités accomplies par les personnels, la rationalisation accrue des procédures de travail portée par les processus de certification dans lesquels les organismes publics sont désormais engagés, sont autant de facteurs rendant plus difficiles les stratégies d'évitement du public ou de retrait, favorisant a contrario une intensification du travail particulièrement sensible à propos de la relation avec les usagers.* » Jean-Marc Weller, « Les agents administratifs : travail d'arbitrage et conscience professionnelle », *op. cit.*, p. 325-326.

¹⁰⁸ Vincent Dubois, « Le rôle des street-level bureaucrats dans la conduite de l'action publique en France », *op. cit.*

conduire des agents intermédiaires à pouvoir (ou devoir) prendre des décisions dont on ne sait plus clairement à qui elles incombent. Aux incertitudes qui résultent des changements organisationnels s'ajoutent ensuite celles qui tiennent au contenu des réformes et politiques à mettre en œuvre, dont la multiplication et parfois le flou rendent opaques les orientations officielles censées guider les petites décisions. »¹⁰⁹ Nous interrogerons ici le lien possible entre la mise en œuvre des réformes hospitalières, le « défaussement sur les échelons subalternes »¹¹⁰ et la routinisation du processus de catégorisation raciale dans les services hospitaliers. Ainsi, nous vérifierons si, comme V. Dubois le suggère, la question posée par l'analyse des relations de guichet est aujourd'hui « *moins celle d'un décalage entre les objectifs et leur application, que la proclamation d'objectifs dont on sait la réalisation improbable, ou la réalisation d'objectifs qui ne sont pas nécessairement affichés comme tels* »¹¹¹, en l'occurrence ici le tri, fondé notamment sur la racialisation, des patients en fonction de leur rentabilité potentielle avec pour conséquence une augmentation des inégalités sociales de santé¹¹².

Dans la lignée d'Anthony Giddens, nous considérons donc que « *la compétence des acteurs s'enchaîne dans le cours des conduites quotidiennes* »¹¹³. Les personnels hospitaliers assument leur rôle professionnel tout en étant porteurs de dispositions personnelles. Ils sont, de plus, contraints par le contexte institutionnel et structurel dans lequel ils exercent. Le « structurel » est donc à la fois habilitant et contraignant pour ces acteurs¹¹⁴. L'analyse du processus de racialisation de

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 5.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 7.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 6.

¹¹² Isabelle Parizot, *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Presses Universitaires de France, 2003, 296 p ; Isabelle Parizot, « 38. La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », in *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, p. 747-763 ; Serge Paugam, *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 2009 ; Didier Fassin, *Inégalités et santé*, Paris, La Documentation française, 2009 ; Pierre Afach, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Economica: Anthropos, 2010 ; Pierre Lombrail et Jean Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 1 octobre 2005, vol. 8, n° 3, p. 31-39.

¹¹³ Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 343.

¹¹⁴ « *Le côté répétitif des activités qui sont entreprises jour après jour est le fondement de ce que j'appelle la nature récursive de la vie sociale, et par nature récursive, je veux indiquer que les propriétés structurées de l'activité sociale – via la dualité du structurel – sont constamment récréées à partir des ressources mêmes qui sont constitutives de ces propriétés.* » *Ibid.*, p. 33.

certains usagers mis en œuvre par ces professionnels hospitaliers doit par conséquent tenir compte de ces multiples dimensions.

4. Les « Roms » comme révélateurs du processus de racialisation

A l'autre extrémité du processus de racialisation que nous étudions ici se trouvent les « Roms » ou, plutôt, des usagers ou patients que les professionnels que nous avons rencontrés considèrent comme roms. Le choix des « Roms » comme « cibles » potentielles du processus de racialisation tient au fait qu'ils représentent, aux yeux de tous les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés, l'altérité absolue : à la fois méconnus, difficilement désignables, rarement rencontrés, ils sont pourtant perçus *a priori* comme différents, étrangers, marginaux.

Le terme « Rom » lui-même renvoie à différentes réalités, différentes populations¹¹⁵. Dans son rapport annuel 2014, le Comité national consultatif des droits de l'homme (CNCDH) indique que *« le terme "Rom", utilisé au sens générique, a été choisi par l'Union Romani Internationale en 1971 afin d'inclure l'ensemble des groupes "tsiganes". Avec cette définition extensive des "Roms", le Conseil de l'Europe estimait en 2012 qu'ils étaient en France entre 300 et 500 000, soit autour de 0,6 % de la population. Seule une petite minorité des Roms ainsi définis – entre 15 et 20 000, principalement issue d'une immigration récente venant de Bulgarie et surtout de Roumanie –, vit dans une très grande précarité,*

¹¹⁵ Voir à ce sujet : Marc Bordigoni, *Gitans, tsiganes, roms... : idées reçues sur le monde du Voyage*, Paris, Le Cavalier bleu éditions, 2013, 183 p ; Cette France-là, *L'Europe au miroir des Roms (troisième partie) – l'argument « social »*, <http://lmsi.net/L-Europe-au-miroir-des-Roms,1099>, consulté le 24 août 2014 ; Camille Duranteau, *La santé des gens du voyage : approche sanitaire et sociale*, Paris ; Montréal (Québec), l'Harmattan, 1999 ; Eric Fassin, Carine Fouteau, Serge Guichard, et Aurélie Windels, *Roms & riverains : Une politique municipale de la race*, La Fabrique éditions, 2014, 227 p ; Olivier Legros, « Les pouvoirs publics et la « question rom » en Europe aujourd'hui », *Etudes Tsiganes*, vol. 39-40, p. 44 ; Olivier Legros et Tommaso Vitale, « Les migrants roms dans les villes françaises et italiennes : mobilités, régulations et marginalités », *Géocarrefour*, 14 septembre 2011, n° 1 ; Jean-Pierre Liégeois, *Roma, tsiganes, voyageurs*, Strasbourg, Ed. du Conseil de l'Europe, 1994 ; Jean-Pierre Liégeois (dir.), *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France : rapport d'étude de la Direction générale de l'action sociale*, Rennes, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2007 ; Jean-Pierre Liégeois, *Roms et Tsiganes*, Paris, Découverte, 2009 ; Rada Ivekovic, « Des castes en Europe et des Roms au sein de l'humanité », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 223-227.

*c'est-à-dire dans des bidonvilles*¹¹⁶. Les autres ne sont pas "visibles", et ne vivent pas dans des conditions de misère extrême. La grande majorité est composée des gens du voyage, communauté estimée à environ 350 000 personnes. Le terme correspond à la catégorie administrative apparue dans les textes officiels dès 1972 et qui s'applique aux personnes visées par la loi du 3 janvier 1969 pour désigner des populations françaises mal identifiées (les Manouches, les Gitans, les forains, les Yéniches, etc.) du fait de leur mode de vie itinérant, c'est-à-dire du fait d'être une population "sans domicile ni résidence fixe". »¹¹⁷ Ces quelques lignes laissent entrevoir que le terme « Rom » peut aussi bien désigner un ensemble de minorités « culturelles », une catégorie minoritaire reconnue par les instances européennes, un groupe socio-économique défavorisé, des individus d'une nationalité particulière, une population définie par un mode de vie itinérant ou par un projet migratoire, mais également un groupe ciblé par des politiques spécifiques¹¹⁸. Toutefois, comme le note le CNCDH, « malgré la très grande hétérogénéité des situations de ces personnes et de ces groupes [désignés comme roms], un point commun est celui du rejet social dont ils sont l'objet. »¹¹⁹ Ainsi, « en 2013, plus de 87 % de la population [française] considère les Roms comme un "groupe à part" dans la société, soit une augmentation de 21 points depuis janvier 2011. Tandis que le pourcentage de ceux qui considèrent les Roms comme un groupe "ouvert aux autres" a diminué de moitié (de 8 % à 4 %). L'écart s'accroît pour l'opinion "ils ne forment pas spécialement un groupe", les proportions passant de 20 % à 8 %. Ces données sur la fermeture et l'auto-ségrégation supposées des Roms prennent encore plus d'importance une fois comparées aux jugements portés sur

¹¹⁶ La population des « Roms migrants » sur le territoire français est généralement estimée à environ 20 000 personnes, dont environ 3 000 en région Ile-de-France. Alexandra Nacu, « Les Roms migrants en région parisienne: les dispositifs d'une marginalisation », *Revue européenne de migrations internationales*, 2010, vol. 26, n° 1. Voir également : *Campements illicites: un état des lieux, roms. En bref - Actualités - Vie-publique.fr*, <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/campements-illicites-etat-lieux-20131002.html>, consulté le 24 mai 2015.

¹¹⁷ Nonna Mayer, Guy Michelat, Vincent Tiberj, et Tommaso Vitale, « Les Roms: les moins aimés », in *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie - année 2013*, Commission nationale consultative des droits de l'Homme., Paris, La Documentation française, 2014, p. 201.

¹¹⁸ Saimir Mile, Samia Hamiche, Umberto Guerra, et Evelyne Perrin, *Monitoring de la société civile sur la mise en oeuvre de la stratégie nationale d'intégration des Roms en France en 2012 et 2013*, Hongrie, Fondation du secrétariat de la décennie pour l'inclusion des Roms, 2014.

¹¹⁹ *Avis sur le respect des droits des « gens du voyage » et des Roms migrants au regard des réponses récentes de la France aux instances internationales*, Paris, La Commission nationale consultative des droits de l'Homme, 2012, p. 2.

les autres minorités. »¹²⁰ Enfin, le Comité souligne que ce rejet des « Roms » va jusqu'à l'acceptation de propos et d'injures racistes tenus en public, puisque « *seules 37 % des personnes de notre échantillon croient que ces expressions doivent être condamnées sévèrement par la justice.* »¹²¹ Les « Roms » constituent donc un groupe à la fois mal défini, fortement altéré et fréquemment stigmatisé dans les pays européens – et notamment en France.

D'autre part, les « Roms » sont perçus comme absolument extérieurs à l'institution hospitalière par les professionnels que nous avons rencontrés. Tout d'abord – malgré la très grande diversité des personnels recrutés dans les établissements hospitaliers de la région parisienne en termes de nationalités, d'origines ou d'appartenances ethniques ou culturelles revendiquées¹²² –, en près de trois années de présence dans différents établissements hospitaliers de la région Ile-de-France, nous n'avons jamais rencontré un professionnel qui se définissait lui-même comme « rom » ou qui considérait l'un de ses collègues comme susceptible de se reconnaître dans cette appellation. De plus, alors que la diversité des origines (réelles ou supposées) des patients est un élément systématiquement mis en avant par les professionnels des services enquêtés, ils sont une très grande majorité à affirmer n'avoir que rarement, voire jamais, pris en charge des patients qu'ils définiraient comme roms. Ces éléments constituent le terme « Rom » en label, en étiquette dont les enquêtés peuvent librement se saisir. Nous ne cherchons pas ici à définir en quoi consiste l'identité rom, à apprendre comment les usagers qui se définissent eux-mêmes comme « roms » se comportent à l'hôpital ou quelles sont les caractéristiques de leur prise en charge par les professionnels hospitaliers, mais à analyser le processus par lequel des agents institutionnels « *rangent [certains usagers] dans une catégorie raciale spécifique* »¹²³ – en l'occurrence la catégorie « rom » –, en recueillant leurs représentations au sujet de cette catégorie.

¹²⁰ Nonna Mayer, Guy Michelat, Vincent Tiberj, et Tommaso Vitale, « Les Roms: les moins aimés », *op. cit.*, p. 202.

¹²¹ *Ibid.*

¹²² Dorothée Prud'homme et Christophe Bertossi, *La « diversité » à l'hôpital. Identités sociales et discriminations raciales dans une institution française*, Paris, Centre Migrations et Citoyennetés, Ifri, 2011 ; Dorothée Prud'homme et Christophe Bertossi, « Identités professionnelles, ethnicité et racisme à l'hôpital. L'exemple des services de gériatrie », *Gérontologie et société*, décembre 2011, n° 139, p. 49-66.

¹²³ Pap Ndiaye, *La condition noire. Essai sur une minorité française*, Paris, Gallimard, 2009, p. 44.

Or la façon dont les enquêtés s'approprient le terme « Rom » et les représentations qu'ils ont des personnes qui répondent à cette appellation ont beaucoup évolué au cours de cette recherche. Durant la première année d'enquête¹²⁴, le terme « Rom » a principalement une connotation formelle et institutionnelle. Seuls le milieu associatif, les organisations internationales et européennes l'utilisent, il ne bénéficie que d'une faible diffusion dans les médias et apparaît rarement dans les débats publics. Durant cette période, les enquêtés ne reprennent qu'exceptionnellement ce terme à leur compte dans leurs réponses, ils utilisent plutôt des qualificatifs tels que « Manouches », « Tsiganes », « Gitans », « Gens du voyage » comme autant de synonymes pour formuler leur opinion. Le 30 juillet 2010, le président de la République Nicolas Sarkozy prononce le « discours de Grenoble »¹²⁵. Abordant le thème des étrangers en situation irrégulière, il demande « au ministre de l'Intérieur de mettre un terme aux implantations sauvages de campements de Roms ». Tout en précisant qu'« il ne faut pas stigmatiser les Roms », il qualifie ces « campements » de « zones de non-droit ». Il déplore ensuite le fait que « chaque année, une dizaine de milliers de migrants en situation irrégulière, dont des Roms, repartent volontairement [dans leur pays d'origine] avec une aide de l'Etat ». Il suggère que ces migrants se rendraient coupables de fraude et qualifie ce comportement d'« abus du droit à la libre circulation ». Le terme « Rom » prend à partir de cette allocution une importance et un sens particuliers dans le débat public français¹²⁶. Il est de plus en plus fréquemment utilisé, par les médias et les dirigeants politiques, pour qualifier un « problème » alliant généralement ethnicité, nomadisme, délinquance, précarité, marginalité et irrégularité dans des proportions variables. En cinq années, les « Roms » gagnent en visibilité et sont de plus en plus souvent désignés comme les boucs émissaires de problèmes d'insécurité, de chômage ou de délinquance par les commentateurs

¹²⁴ Période de décembre 2009 à décembre 2010, au cours de laquelle ont été conduits les terrains à l'Hôpital public G, la Clinique privée E et l'Hôpital public A. Pour plus de précisions voir : Terrains et méthodes, pp. 54-70.

¹²⁵ Voir le texte intégral de cette allocution sur : *Discours de Nicolas Sarkozy à Grenoble*, <http://www.la-croix.com/Actualite/Monde/Discours-de-Nicolas-Sarkozy-a-Grenoble- NG -2010-08-02-555076>, consulté le 5 janvier 2015.

¹²⁶ Eric Fassin, Carine Fouteau, Serge Guichard, et Aurélie Windels, *Roms & riverains*, op. cit., p. 21.

politiques et médiatiques¹²⁷. L'influence de cette place grandissante du terme « Rom » dans l'espace public se fait clairement sentir dans les propos des enquêtés des deux derniers établissements hospitaliers enquêtés. En 2011 et 2012, le terme « Rom » est accepté et repris comme tel par les professionnels interrogés. Il est fréquemment associé à des origines régionales (« de l'Est ») ou nationales (principalement « Roumains »). Les appellations utilisées par les premiers enquêtés pour se réapproprier le terme « Rom » se font extrêmement rares. On a ainsi assisté à la construction de l'identité « Rom » par le débat public français au cours des dernières années.

En imposant le terme « Rom », avons-nous nous-même participé au processus de racialisation ?¹²⁸ La question est légitime et centrale, et elle appelle une réponse en plusieurs temps. Colette Guillaumin écrit : *« c'est donc dès le "premier mot" que nous rencontrons dans le langage l'organisation raciste, portée par la désignation ; désignation qui est l'acte initial de la racisation : ce qui est nommé l'est sous le signe racial ou non, les couleurs sont annoncées d'entrée de jeu ; la présence ou l'absence de ce signe introduit la spécificité raciale dans le discours comme l'un de ses éléments fondamentaux. On sait toujours de quoi l'on parle. »*¹²⁹ Dans le travail mené ici, à aucun moment il n'a été question de désigner nous-même qui, parmi les usagers, pouvait ou non être identifié comme « Rom ». Ce terme était posé comme une désignation disponible, sans aucune explication ou précision. Nous n'avons donc pas « attribué » l'appellation « Rom ». En ce sens, nous n'avons pas participé au processus de racialisation. Toutefois, sans y participer, nous avons créé les conditions de production potentielle d'une altérité en traçant une frontière eux/nous qui a systématiquement été entendue dans un sens « ethnique »¹³⁰ ou racial (nous reviendrons ultérieurement sur la question des

¹²⁷ Alexandra Nacu, « From Silent Marginality to Spotlight Scapegoating? A Brief Case Study of France's Policy Towards the Roma », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, septembre 2012, vol. 38, n° 8, p. 1323-1328 ; Eric Fassin, Carine Fouteau, Serge Guichard, et Aurélie Windels, *Roms & riverains*, *op. cit.*, p. 121.

¹²⁸ Véronique De Rudder, « Identité, origine et étiquetage », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 1 janvier 1998, n° 72-73, p. 36.

¹²⁹ Colette Guillaumin, *L'idéologie raciste*, *op. cit.*, p. 221.

¹³⁰ A l'instar de Colette Guillaumin, nous considérons que l'emploi du terme « ethnique » (par les enquêtés) n'est qu'une « vaine tentative » pour évincer le terme « race » jugé trop négativement connoté, mais que cette substitution n'évite en rien « la continuité du sens inconscient donné aux particularités culturelles, la quasi-incapacité à s'en évader et la force que conserve un système perceptif mal analysé » *Ibid.*, p. 87. Pour une discussion critique de cette approche, voir Mirna Safi, *Les inégalités ethno-raciales*, *op. cit.*, p. 8.

frontières). Nous avons effectivement misé sur le fait que « *la nomination n'est pas seulement un aspect particulièrement révélateur des relations inter-ethniques, elle est en elle-même productrice d'ethnicité. Dans les situations de domination, l'imposition d'un label a un véritable pouvoir performatif : le fait de nommer a le pouvoir de faire exister dans la réalité une collectivité d'individus en dépit de ce que les individus ainsi nommés pensent de leur appartenance à une telle collectivité.* »¹³¹ Mais, à l'instar des personnes interrogées par les auteurs de *L'inégalité raciste*¹³², les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés avaient, bien entendu, toute liberté de dénier la pertinence du terme « Rom » dans le contexte institutionnel. En l'occurrence, en une seule occasion, un enquêté a expliqué qu'il n'était pas capable de déterminer si un patient était « rom » ou non ; pour ensuite décrire consciencieusement les difficultés associées, selon lui, à la prise en charge des patients ainsi désignés. En outre, en l'absence de définitions et de consignes particulières, les professionnels interrogés avaient la possibilité d'interpréter librement ce terme. Comme nous l'avons vu, la diversité des interprétations proposées a été de plus en plus limitée à partir de la fin de l'année 2010. En revanche, les critères énumérés par les enquêtés pour « repérer » les usagers présumés roms ont été nombreux et variés tout au long du travail de terrain : la couleur de peau, le physique « typé », le mode de vie « nomade » « en camp » ou en « roulotte », l'hygiène, la propreté, l'*hexis* vestimentaire, la langue, la venue en nombre, la précarité, la détention d'un carnet de circulation, le bénéfice de l'Aide Médicale d'Etat (AME), etc. Cette multiplicité de critères, associée au fait que la grande majorité des enquêtés déclare n'avoir

¹³¹ Philippe Poutignat, Jocelyne Streiff-Fenart, et Fredrik Barth, *Théories de l'ethnicité*, Paris, Presses universitaires de France, 1995, p. 155.

¹³² « La consigne donnée au début de nos entretiens invitait nos interlocuteurs à nous parler de leurs rapports professionnels avec les familles originaires d'Afrique subsaharienne. On peut donc considérer que cette interrogation, en concentrant l'attention sur une catégorie particulière, incite à l'ethnisation du discours. Pourtant, outre qu'il fallait bien indiquer le sujet que nous espérions voir aborder, deux arguments justifient notre démarche : d'une part, il était toujours loisible aux personnes interviewées de critiquer la pertinence de la catégorie proposée, ce qui est arrivé dans quelques rares cas parmi les professionnels du logement que nous avons rencontrés, pour lesquels la catégorie africaine était cependant toujours évocatrice ; d'autre part, notre consigne de départ était suffisamment large pour leur permettre de reprendre cette catégorie à leur compte en la complexifiant et c'est ce qu'ont fait plusieurs d'entre eux. Ce sont alors les modalités même de ce travail de complexification qui sont instructives (...) car les distinctions effectuées au sein de la catégorie africaine par les professionnels du logement ne se réfèrent pas à des histoires migratoires différenciées, mais à des traductions de problèmes sociaux et professionnels. » Véronique de Rudder, Christian Poirer, et François Voure'h, *L'inégalité raciste: l'universalité républicaine à l'épreuve*, Paris, Presses universitaires de France, 2000, p. 100.

qu'exceptionnellement pris en charge des « patients roms », confirment qu'en matière de race l'« *on sait toujours de quoi l'on parle* »¹³³ et que, comme le notait Howard Winant, « *la signification de la race, l'interprétation raciale de la vie quotidienne et de la culture, politique et économique plus largement, a été si bien réglée depuis si longtemps, et est devenue tellement incrustée, qu'il s'agit maintenant d'une "seconde nature", d'un "sens commun" qui nécessite rarement un apprentissage* »¹³⁴.

Enfin, le cas des usagers identifiés comme roms présente une spécificité intéressante en ce qu'ils constituent, aux yeux des enquêtés, un « cas extrême »¹³⁵ révélateur des multiples difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail quotidien. En effet, ces patients sont fréquemment décrits comme les « pires des patients », cumulant tous les défauts, les inconvénients, les travers possibles. L'analyse des difficultés qu'entraînerait leur prise en charge pour les différentes catégories de professionnels offre ainsi une vision exhaustive des dysfonctionnements, contraintes et obligations auxquels ces derniers sont confrontés dans l'exercice de leur métier. Le processus de racialisation mis en œuvre à l'égard des patients identifiés comme roms offre aux enquêtés une occasion d'expliquer leurs difficultés professionnelles routinières en reportant la faute sur les usagers. L'utilisation du label « Rom » permet de mettre en lumière les frontières raciales et morales que les professionnels hospitaliers tracent autour de certains usagers.

5. Frontières raciales, frontières morales et étiquetage

Dès les années 1980, Albert Memmi remarquait « *une énigme étrange à propos du problème du racisme. Personne, ou presque, ne se veut raciste, et pourtant le*

¹³³ Colette Guillaumin, *L'idéologie raciste*, op. cit., p. 221.

¹³⁴ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, op. cit., p. 74.

¹³⁵ Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E. Afin de respecter l'anonymat des enquêtés, des pseudonymes leur ont été attribués. Ces pseudonymes ont été construits à partir de la façon dont les enquêtés se sont eux-mêmes présentés lors des interactions : par leur seul prénom, leur nom et prénom ou par leur titre professionnel suivi de leur nom de famille. Nous avons conservé cette forme car elle nous semblait révélatrice de la façon dont ils se sont positionnés vis-à-vis de l'enquête et de l'enquêtrice. Lors de ce processus, les connotations sociales de leur véritable nom ont été, dans la mesure du possible, conservées. De même, nous avons anonymisé le nom des établissements enquêtés afin de prévenir toute possibilité trop évidente d'identification (notamment dans le cas des responsables de services ou des membres de direction).

discours du racisme demeure tenace et actuel. »¹³⁶ Cette étrange énigme est le point de départ du travail développé par Eduardo Bonilla-Silva¹³⁷ autour du concept de *Color-Blind Racism*. Selon lui, ce « nouveau racisme » présente la particularité d'utiliser des pratiques subtiles et apparemment non-raciales pour perpétuer les mêmes inégalités que l'idéologie ouvertement raciste de la période pré-droits civiques¹³⁸. Les acteurs dominants – les Blancs –, en affirmant leur *color-blindness* (aveuglement aux différences), peuvent ainsi « énoncer des opinions qui sauvegardent leurs intérêts raciaux sans paraître "racistes" »¹³⁹. Ils utilisent alors essentiellement quatre cadres interprétatifs (*frames*) pour exprimer leurs opinions racistes : le libéralisme abstrait, la naturalisation, le racisme culturel et la minimisation du racisme¹⁴⁰ et divers « usages linguistiques particuliers et stratégies rhétoriques (ou *race talk*) » pour articuler les récits qui utilisent ces cadres¹⁴¹. Sans aller jusqu'à considérer les situations françaises et américaines comme identiques, le concept de *Color-Blind Racism* proposé par E. Bonilla-Silva fait écho à « l'impossibilité de dire le problème racial »¹⁴² en France. Or, comme le note Magali Bessone, « force est de constater que cette volonté [française] de ne pas faire référence ouvertement à des caractéristiques raciales n'empêche pas les processus de stigmatisation, de hiérarchisation ou de domination qui sont au cœur du processus de racisation »¹⁴³.¹⁴⁴ Afin de dévoiler et étudier le processus de racialisation dont usent les professionnels hospitaliers à l'égard de certains

¹³⁶ Albert Memmi, *Le racisme: description, définition, traitement*, Paris, Gallimard, 1984, p. 13. Voir également : pour Philippe Bataille, « il s'agit d'admettre la présence du racisme, tout en constatant son absence d'expression directe » Philippe Bataille, *Le racisme au travail*, Paris, La Découverte, 1997, p. 23. Pap Ndiaye note également que « jusqu'à ces dernières années, la situation française était la suivante : peu de personnes osaient se qualifier de racistes, tant étaient puissants les interdits relatifs au racisme et le surmoi républicain. D'un point de vue juridique, les opinions racistes étaient d'ailleurs sanctionnées par la loi de 1972 (dite loi "Plenven"). D'une certaine manière il n'y avait presque plus de racistes idéologiquement conséquents, ce qui ne signifie pas que le racisme avait disparu. » Pap Ndiaye, *La condition noire. Essai sur une minorité française*, op. cit., p. 223.

¹³⁷ E. Bonilla-Silva, « The Linguistics of Color Blind Racism », op. cit. ; Eduardo Bonilla-Silva, *Racism without racists*, op. cit.

¹³⁸ Eduardo Bonilla-Silva, *Racism without racists*, op. cit., p. 3.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 4.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 25-52.

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 53. Voir : *Ibid.*, p. 53-74 ; E. Bonilla-Silva, « The Linguistics of Color Blind Racism », op. cit.

¹⁴² « Le contexte républicain tout en fournissant un idéal puissant d'égalité, de liberté et de solidarité des citoyens, dans le même mouvement délégitime et condamne toute référence aux catégorisations ethno-raciales, à la catégorie même de race, immédiatement perçue comme illégale et moralement répréhensible. » Magali Bessone, *Sans distinction de race? Une analyse critique du concept de race et de ses effets pratiques*, Paris, Vrin, 2013, p. 10.

¹⁴³ Selon la définition proposée par Véronique de Rudder, Christian Poiret, et François Vourc'h, *L'inégalité raciste*, op. cit., p. 31-33.

¹⁴⁴ Magali Bessone, *Sans distinction de race?*, op. cit., p. 10.

patients, tout en contournant les difficultés du *Color-Blind Racism* à la française¹⁴⁵, nous avons donc choisi d'utiliser l'approche relative au marquage de frontières développée par Michèle Lamont¹⁴⁶.

Dans son ouvrage *La morale et l'argent*¹⁴⁷, l'auteure s'intéresse à la façon dont les individus tracent des frontières symboliques entre eux, ainsi qu'au lien que ce processus pourrait entretenir avec la production ou la reproduction des inégalités sociales¹⁴⁸. Pour elle, « *le recours à un cadre conceptuel comme celui de l'analyse en termes de "marquage de frontières" doit nous permettre en effet de concevoir les préjugés et les stéréotypes comme des produits supra-individuels modelés par les ressources culturelles que les individus trouvent à leur disposition et par les situations structurelles dans lesquelles ils évoluent.* »¹⁴⁹ Elle en déduit que le marquage de frontières symboliques est « *un élément intrinsèque du processus de constitution du soi* »¹⁵⁰ et que tout le monde participe à la production et à l'entretien de ces frontières¹⁵¹ par le biais de l'étiquetage. Quelques années plus tard, M. Lamont publie *La dignité des travailleurs*¹⁵² qui reprend et approfondit cette notion de frontière symbolique. En interrogeant des travailleurs des classes populaires (aux Etats-Unis et en France) sur leur identité, leurs valeurs, leur statut ou encore la façon dont ils perçoivent la hiérarchie sociale dans leur monde, elle dévoile alors la superposition de frontières morales et de frontières raciales tracées par les enquêtés. Elle montre comment les travailleurs qu'elle interroge interprètent souvent les questions de sentiment de supériorité ou infériorité par

¹⁴⁵ « *Quelle que soit la diversité des usages et des motivations du racisme, c'est à chaque fois la construction, la transformation, ou le renforcement de frontières que l'on observe. Le constat de "différences évidentes" à travers la référence à de supposées caractéristiques biologiques (principalement phénotypiques) et/ou de différences ethnoculturelles nourrit un processus de catégorisation qui, à son tour, dresse des barrières entre "eux" et "nous".* » Ariane Chebel d'Appollonia, *Les frontières du racisme: identités, ethnicité, citoyenneté*, 2e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 10.

¹⁴⁶ Michèle Lamont et Marcel Fournier, *Cultivating Differences: Symbolic Boundaries and the Making of Inequality*, Chicago, University of Chicago Press, 1992 ; Michèle Lamont, *La morale et l'argent: Les valeurs des cadres en France et aux Etats-Unis*, Paris, Métailié, 1995, 318 p ; Michèle Lamont, *La dignité des travailleurs: exclusion, race, classe et immigration en France et aux États-Unis*, Presses de Sciences Po, 2002, 383 p ; Michèle Lamont et Christopher A. Bail, « Sur les frontières de la reconnaissance. Les catégories internes et externes de l'identité collective », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2005, vol. 21, n° 2, p. 61-90.

¹⁴⁷ Michèle Lamont, *La morale et l'argent*, op. cit.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 27.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 24.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 34.

¹⁵¹ « *Nous prenons sans cesse part à des communautés dont les croyances partagées engendrent une définition spécifique de la réalité, validée intersubjectivement.* » *Ibid.*, p. 33.

¹⁵² Michèle Lamont, *La dignité des travailleurs*, op. cit.

rapport à d'autres individus, d'antipathie ou de sympathie à l'égard de personnes appartenant à d'autres groupes, comme des questions relatives à la race, sans que le terme lui-même ne soit mentionné. « *Pour les travailleurs noirs et blancs, les frontières, morales d'une part, raciales et de classe d'autre part, se conjuguent pour leur fournir un espace dans lequel ils peuvent affirmer leur valeur et leur dignité, un espace où ils peuvent exprimer leur propre identité et leur compétence* »¹⁵³. Il y a donc, selon cette auteure, une corrélation entre jugement moral et catégorisation raciale : le tracé de frontières morales engendre, chez les enquêtés, le marquage de frontières raciales.

Nous avons construit notre dispositif d'enquête sur l'hypothèse que l'inverse serait également vrai : la désignation d'un « Autre » potentiellement racialisable serait susceptible de produire le tracé d'une frontière morale. En interrogeant des professionnels hospitaliers sur leurs perceptions de patients désignés comme « roms », nous avons alors cherché à recueillir leurs explications, justifications et rationalisations morales de l'usage de la catégorisation raciale à l'hôpital¹⁵⁴ ou, autrement dit, à « *examiner la compréhension et les représentations collectives produites par les groupes sociaux pour expliquer leur monde (...) [et] tenter de découvrir les cadres, le discours racial (race talk) et les scénarios (storyline) qui permettent de lubrifier l'ordre racial à un tournant historique particulier.* »¹⁵⁵

Mais, comme Joana Afonso et Maria José Lobo Antunes l'ont remarqué lors de leur recherche consacrée à la prise en charge de patients « tsiganes » par des soignants portugais, « *les discours [des professionnels hospitaliers] se distancient clairement de toute idée de différenciation raciale ou ethnique, en interprétant le comportement des tsiganes comme une construction éminemment sociale. En effet, beaucoup de personnes interrogées affirment que les idées d'"ethnie" ou de "race" ne présentent aucune valeur explicative pour la compréhension de la spécificité du comportement des Tsiganes. Cependant, nous avons affaire à un processus de réification implicite, qui s'exprime dans la façon superficielle avec laquelle les personnes interrogées appréhendent l'éventuelle hétérogénéité de la communauté*

¹⁵³ *Ibid.*, p. 17.

¹⁵⁴ Eduardo Bonilla-Silva, *Racism without racists*, op. cit., p. 11.

¹⁵⁵ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, op. cit., p. 135.

tsigane »¹⁵⁶. Le processus de racialisation n'est donc pas ouvertement assumé par les professionnels hospitaliers qui se défendent tous de catégoriser les patients présumés tsiganes (ou ici présumés roms) sur la base d'une différenciation raciale. Pour contourner le « surmoi républicain »¹⁵⁷ des enquêtés, nous avons donc entrepris de chercher les manifestations du processus de racialisation qu'ils mettent en œuvre à l'égard des patients présumés roms dans les raisons qu'ils invoquent pour expliquer le comportement de ces usagers lors de leur venue à l'hôpital. En effet, d'après Eduardo Bonilla-Silva, le *Color-Blind Racism* permet aux Blancs de « critiquer [la] moralité, [les] valeurs et [l']éthique de travail »¹⁵⁸ des Noirs sans paraître « racistes ». Nous nous sommes par conséquent appuyée sur les représentations que les professionnels hospitaliers ont du comportement des « bons » et des « mauvais » patients lors de leur prise en charge hospitalière pour analyser leur appréciation du comportement des patients qu'ils identifient comme roms. Dans une étude dédiée à « l'imputation de caractéristiques ethniques dans l'encadrement de la vie scolaire »¹⁵⁹, Christian Rinaudo remarque que, pour faire face à des situations de crise au cours desquelles la dimension raciale est saillante, « les surveillants sont souvent amenés à convoquer des compétences pratiques et des connaissances empiriques concernant les différents "groupes ethniques" représentés dans le collège [d'un "quartier sensible" de Nice] »¹⁶⁰. Du fait des craintes particulières qu'ils font naître chez eux, l'auteur focalise son attention sur les élèves désignés comme « gitans » par les encadrants. Il découvre que « cette attribution catégorielle n'a de sens [pour les enquêtés] que par sa mise en relation avec des caractéristiques d'"inassimilabilité culturelle" attribuées à des pratiques et des comportements perturbateurs de l'ordre scolaire »¹⁶¹. La catégorisation raciale est ici utilisée comme un moyen d'appréhender des élèves dont le comportement est jugé potentiellement déviant. En effet, comme le note Alexis

¹⁵⁶ Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *Etudes Tsiganes*, 2005, 21 - Les institutions, un espace de rencontre, p. 50.

¹⁵⁷ Entendue comme la pression sociale produite par la répétition de l'attachement aux valeurs républicaines d'égalité et d'aveuglement à la différence. Pap Ndiaye, *La condition noire. Essai sur une minorité française*, op. cit., p. 223.

¹⁵⁸ Eduardo Bonilla-Silva, *Racism without racists*, op. cit., p. 4.

¹⁵⁹ Christian Rinaudo, « L'imputation de caractéristiques ethniques dans l'encadrement de la vie scolaire », op. cit.

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 31.

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 36.

Spire, « à l'instar d'une sorte de sens commun largement répandu, [les agents] associent implicitement à chaque nationalité des caractéristiques et des propriétés qui permettent de situer l'étranger sur une échelle de valeurs à laquelle correspond une hiérarchie de pratiques. »¹⁶² En nous intéressant aux « propos "anodins" »¹⁶³ prononcés par les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés pour expliquer en quoi les patients qu'ils identifient comme roms sont de « mauvais patients », voire « les pires », nous avons exposé le processus de racialisation qu'ils mettent en œuvre. Nous avons aussi fait le lien entre les frontières raciales et morales qu'ils tracent autour de ce groupe et les difficultés professionnelles qu'ils anticipent lors de la prise en charge de patients présumés roms. Mais nous avons également mis au jour des variations dans ces représentations. En effet, si tous les professionnels interrogés considèrent *a priori* les « Roms » comme de « mauvais patients », ce n'est pas de la même façon. Dans un article consacré à la relation entre enseignants et élèves daté de 1952¹⁶⁴, Howard Becker remarque que les travailleurs, qui occupent des emplois dans le secteur du service, construisent l'image d'un client idéal en fonction de l'idée qu'ils se font de la façon dont leur métier doit être réalisé et catégorisent ensuite les usagers par rapport à cet idéal de « bon client ». La catégorisation des usagers est donc « une manière d'anticiper la charge de travail que vont représenter les clients »¹⁶⁵. Pour Jean Peneff, « dans la perspective des personnels hospitaliers, comme d'ailleurs dans celle de tous les travailleurs au contact direct des usagers, le "client idéal" est celui qui coopère au travail médical et n'intervient pas dans sa définition, en d'autres termes celui qui alourdit le moins possible la charge de travail et qui permet à l'institution de mener sa mission. »¹⁶⁶ Nous avons constaté en interrogeant différentes catégories de professionnels hospitaliers, dans différents établissements et différents services, que tous ne partagent pas les mêmes conceptions concernant le comportement des « bons » et des « mauvais »

¹⁶² Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba, et Séverin Muller, *Observer le travail*, op. cit., p. 70.

¹⁶³ Ariane Chebel d'Appollonia, *Les racismes ordinaires*, op. cit., p. 10.

¹⁶⁴ Howard Saul Becker, « Social-class variations in the teacher-pupil relationship », *Journal of Educational Sociology*, avril 1952, vol. 25, n° 8, p. 451-465.

¹⁶⁵ Christelle Avril, Marie Cartier, et Delphine Serre, *Enquêter sur le travail concepts, méthodes, récits*, op. cit., p. 63.

¹⁶⁶ *Ibid.*

usagers. Ces conceptions varient principalement en fonction des missions professionnelles qu'ils doivent mener à bien. « *Les différentes catégories qui se rencontrent au travail développent chacune sa propre définition de la situation, suivant ses intérêts et une logique d'action qui lui est spécifique. L'autonomie des travailleurs constitue l'enjeu fondamental de ce conflit de perspective.* »¹⁶⁷ En ce sens, le processus de racialisation mis en œuvre par les personnels hospitaliers à l'égard des patients qu'ils identifient comme roms est révélateur de leurs intérêts, de leurs difficultés, de leurs contraintes et de leurs objectifs professionnels respectifs. Pour cette raison, nous avons choisi d'analyser les représentations que les enquêtés ont au sujet des patients présumés roms en fonction du type de missions et des tâches qu'ils réalisent au cours de leur journée de travail¹⁶⁸.

5.1. Plan de thèse

La **première partie de cette thèse** est par conséquent construite autour du parcours que suivent les patients lors de leur venue dans un établissement de santé par le biais des urgences¹⁶⁹. Quatre étapes majeures, engageant quatre catégories de professionnels hospitaliers, ont ainsi été identifiées : l'enregistrement administratif par les agents chargés de l'accueil des usagers, l'évaluation de l'état de santé du patient et son orientation dans le service par les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO), la consultation médicale et la prise en charge par les médecins et enfin l'hospitalisation du patient et donc, par conséquent, la gestion de ses proches par les membres du service concerné. Ces quatre phases mettent en lumière quatre façons différentes de considérer les patients présumés roms comme les « pires des patients » et, de ce fait, des frontières morales à l'encontre de ces usagers, fondées à chaque fois sur des valeurs différentes.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 62.

¹⁶⁸ « *En centrant l'analyse sur l'espace de travail, la recherche appréhende les relations qui se forment entre travailleurs dans des situations précises, sans en rester à des catégories explicatives abstraites, constituées a priori en raison de caractéristiques communes (métier, salaires, sexe, âge, etc.). On rejoint ainsi H. S. Becker qui recommande d'étudier les activités plutôt que de dresser des typologies d'acteurs.* » Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba, et Séverin Muller, *Observer le travail*, op. cit., p. 9.

¹⁶⁹ L'alternative, à savoir la venue à l'hôpital sur rendez-vous pour une consultation, une opération chirurgicale ou une hospitalisation, met le patient successivement au contact des mêmes catégories de professionnels mais dans un contexte généralement moins intense et surtout – inconvénient majeur pour l'observation sociologique – dans des temporalités et des lieux plus distincts les uns des autres. Nous reviendrons ultérieurement sur les avantages que présentent les services d'urgences en termes à la fois méthodologiques et de données recueillies, voir : Terrains et méthode, pp.54-70.

Nous verrons dans le **premier chapitre** que les agents chargés de l'accueil administratif des usagers s'appuient sur la valeur d'*honnêteté* pour distinguer les « bons » des « mauvais » patients. Ils décrivent globalement les patients « roms » comme des usurpateurs étrangers qui cherchent à profiter et abuser du système de santé français. Cette frontière morale révèle le rôle de défenseurs de l'établissement, contre les « fraudeurs », que ces agents s'attribuent et qui leur permet de valoriser leur position professionnelle subalterne vis-à-vis d'usagers dont ils partagent parfois les difficultés économiques et sociales. Les infirmiers d'accueil et d'orientation qui leur succèdent dans la prise en charge des patients considèrent, quant à eux, que les usagers présumés roms se rendraient coupables de stratégie de contournement des procédures institutionnelles et d'usages « non prévus » des services d'urgences. Le **deuxième chapitre** montre alors que la frontière morale qu'ils dressent sur la valeur de *discipline* révèle non seulement le rôle de gestionnaire de service que ces professionnels assument souvent par défaut, mais également le peu d'autonomie dont ils jouissent dans l'exercice de cette mission qui les éloigne de leur « rôle propre ». Le **troisième chapitre** est consacré à la consultation médicale et à la *soumission* que les médecins attendent des « bons » patients. Nous verrons qu'ils considèrent les patients présumés roms comme des patients illégitimement « actifs » (car appartenant aux classes sociales inférieures) dont le comportement défierait leur autorité professionnelle. Ils s'efforcent dès lors de les tenir à distance afin de sauver la face, tout en se réclamant (paradoxalement ?) des principes d'égalité de traitement et de non-discrimination dans les soins. Le **quatrième chapitre** permettra d'analyser la seule représentation des « Roms » commune à toutes catégories de professionnels. Cette perception, fondée sur la valeur de *civilité*, concerne les accompagnants des patients présumés roms systématiquement décrits comme envahissants et irrespectueux. Nous verrons alors que l'encadrement des « familles roms » fait l'objet d'une délégation en cascade le long de la hiérarchie hospitalière.

La **seconde partie** de ce travail doctoral est consacrée à « *l'articulation entre ces processus cognitifs et les traitements différenciés des personnes* »¹⁷⁰. Les représentations que les différentes catégories de professionnels ont, au sujet des usagers qu'ils identifient comme roms, ont-elles une influence sur leurs pratiques professionnelles ? « *Ces raccourcis mentaux* » sont-ils effectivement construits non seulement *dans* mais *pour* la pratique ?¹⁷¹ Les patients identifiés comme roms font-ils l'objet de traitements différenciés lors de leur prise en charge hospitalière ? Nous présentons nos réponses à ces questions en distinguant trois niveaux de prise en charge : la relation de soin qui s'établit entre professionnels et usagers, la prise en charge des patients à l'échelle du service – avec pour cas d'étude les services d'urgences –, et enfin, l'accueil et le traitement des usagers à l'échelle de l'établissement.

Nous verrons ainsi, dans le **chapitre cinq**, que la majorité des professionnels hospitaliers affirment adapter leur pratique soignante aux caractéristiques de chaque patient, tout en respectant les principes d'égalité de traitement. L'analyse de trois situations régulièrement décrites par les enquêtés comme des occasions d'« adaptation » du soin aux « spécificités » des usagers présumés roms – la prise en charge de patients présumés roms parlant pas ou peu français, la prise en charge de patientes présumées roms dans un service de gynéco-obstétrique et la gestion des « grandes familles roms », tout particulièrement à l'occasion de décès – démontre que le processus de racialisation mis en œuvre à leur égard est une source fréquente de traitements différentiels. Puis, nous nous intéresserons, dans le cadre du **chapitre six**, à la prise en charge des patients identifiés comme roms à l'échelle d'un service de soin, en étudiant le cas de ces portes d'entrée dans l'établissement de santé que sont les services d'urgences. Les modes de recours aux soins de ces patients y sont décrits à la fois comme caractéristiques de leur « différence culturelle » et comme une source de difficultés particulières par les professionnels qui y travaillent. Pourtant, nous verrons que ces comportements sont surtout révélateurs de la précarité socio-économique des patients que les

¹⁷⁰ Valérie Sala Pala, « Faut-il en finir avec le concept de racisme institutionnel? », *op. cit.*, p. 46.

¹⁷¹ *Ibid.*

professionnels des urgences désignent comme roms. Le processus de racialisation de ces usagers du service met en lumière le dilemme des soignants qui exercent dans des services d'urgences, pris entre l'obligation morale qu'impose l'idéal égalitaire et le challenge technique des « vraies urgences ». En délégitimant la venue dans le service de patients identifiés comme roms, ils cherchent à échapper à ce dilemme que leur impose la prise en charge de patients avant tout précaires, socialement et économiquement. Enfin, le **dernier chapitre** s'intéresse à l'accueil et au traitement réservé aux usagers présumés roms à l'échelle de l'établissement. Nous constaterons que les dernières réformes hospitalières ont profondément modifié les objectifs, l'organisation et les moyens des institutions de santé. Les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés décrivent les contraintes que ces réformes font peser sur leur pratique quotidienne et la prise en charge des patients qui sont maintenant distingués en fonction de leur rentabilité potentielle. Nous verrons qu'à l'échelle de l'établissement, le processus de racialisation informe la sélection des patients en fonction de leur solvabilité présumée ou de leur « valeur mobilisatrice ». Les patients présumés roms sont, sauf exception, considérés comme « non rentables » *a priori* et, par conséquent, renvoyés vers une prise en charge associative.

6. Terrains et méthodes

L'objectif poursuivi par l'enquête de terrain était double : d'une part, recueillir les perceptions et représentations que les professionnels hospitaliers ont au sujet des usagers qu'ils identifient comme roms ; d'autre part, évaluer l'impact de ces représentations sur la pratique professionnelle des enquêtés envers les patients présumés roms.

La démarche ethnographique est par conséquent apparue comme la mieux adaptée à cette recherche. Tout d'abord, parce que les processus d'étiquetage des patients présumés roms comme déviants¹⁷² sont des produits des interactions entre acteurs.

¹⁷² Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, op. cit. ; Howard Saul Becker, *Outsiders: études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 1985 ; Erving Goffman, *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975, 180 p.

Seule la méthode ethnographique offre la possibilité « d’observer les comportements »¹⁷³, d’assister aux interactions, non en tant que spectateur extérieur mais en tant qu’enquêteur informé, initié, susceptible de comprendre les nuances de la situation¹⁷⁴. Or, je cherchais précisément à saisir empiriquement les faits sociaux par l’observation des interactions dans une perspective interactionniste, mais également à interroger la construction sociale d’une entité collective – « les Roms » – par le biais d’un travail qualitatif sur les perceptions, les représentations et les justifications morales des enquêtés. Ensuite, cette approche permet de « *saisir les processus de production et de mobilisation des valeurs – et les rapports que les individus entretiennent avec elles – dans les contextes pratiques dans lesquels ils se jouent.* »¹⁷⁵ Elle donne à voir les frontières morales produites par les acteurs, les valeurs qui les soutiennent et leurs effets sur leur façon de travailler dans le contexte hospitalier. Il ne s’agit pas en effet, ici, de recueillir des constructions *a posteriori* mais de constater et d’interroger directement les acteurs sur leurs pratiques professionnelles quotidiennes, en contexte de travail, de façon à « *montrer le sens que les acteurs attribuent à leurs actes* »¹⁷⁶. Enfin, l’« *approche ethnographique engage une perspective critique vis-à-vis des faits sociaux étudiés et des discours indigènes qui prétendent en rendre compte* »¹⁷⁷. La collecte des discours produits par les professionnels hospitaliers alliée à l’observation de leurs pratiques quotidiennes permet de mettre en perspective la parole professionnelle et institutionnelle – sur l’égalité de traitement ou sur l’« adaptation » des pratiques professionnelles aux différences culturelles des patients par exemple. « *L’étude concrète du travail permet (...) de s’écarter des points de vue proposés par les acteurs et les forces présentes sur le terrain* »¹⁷⁸. Pour ce faire, la méthode de recherche retenue combine ainsi de longues phases d’observation et la conduite d’entretiens qualitatifs semi-directifs

¹⁷³ Jean Peneff, *L’hôpital en urgence*, op. cit., p. 10.

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 9.

¹⁷⁵ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l’éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007, p. 12.

¹⁷⁶ Nicolas Belorgey, *L’hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte., Paris, 2010, p. 132.

¹⁷⁷ Lucie Bargel, *Jeunes socialistes, Jeunes UMP: lieux et processus de socialisation politique*, Dalloz, 2009, p. 47.

¹⁷⁸ Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba, et Séverin Muller, *Observer le travail*, op. cit., p. 10.

car, comme le souligne Stéphane Beaud, « *l'entretien approfondi tire bénéfice d'être utilisé dans le cadre d'une enquête ethnographique dont la méthode privilégiée est l'observation participante ("être avec", "faire avec", être "immergé" dans le milieu enquêté, secret des meilleurs travaux ethnographiques).* »¹⁷⁹

6.1. L'enquête de terrain

L'enquête de terrain, alliant observations et entretiens ethnographiques, s'est déroulée de façon discontinue entre septembre 2009 et juillet 2012.

Au cours d'une première phase, entre septembre 2009 et décembre 2010, j'ai mené de front une enquête de terrain pour l'Institut français des relations internationales (Ifri) et l'enquête de terrain relative à mon travail doctoral. En effet, j'étais à l'époque employée à plein temps comme chercheuse du Centre Migrations et Citoyennetés de l'Ifri¹⁸⁰. Lorsque le projet d'étude sur « *la "diversité" à l'hôpital* »¹⁸¹ a débuté, il a été entendu que je réaliserais l'intégralité de l'enquête de terrain afférente. J'ai alors négocié la possibilité de pouvoir à la fois utiliser les matériaux ainsi accumulés pour ma recherche doctorale et mener mon propre terrain d'enquête en parallèle dans les établissements enquêtés. Il a été clairement posé dès le début que la conduite du terrain de l'étude Ifri serait prioritaire et que je devrais ensuite – par respect pour les établissements enquêtés et les partenaires financiers de l'étude Ifri¹⁸² – réaliser une enquête de terrain qui serait spécifique à mon sujet de recherche. J'ai donc considéré ces premiers terrains de recherche comme secondaires pour ma recherche doctorale. Au cours de l'année 2010, j'ai passé la quasi-totalité de mon temps de travail dans différents services de quatre établissements de la région parisienne. J'ai bénéficié, pour mon travail doctoral, de

¹⁷⁹ Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 35, p. 235.

¹⁸⁰ J'ai été recrutée en février 2008 pour conduire une centaine d'entretiens ethnographiques dans le cadre d'une étude intitulée « *Mobilité sociale et diversité culturelle : le jeu des identités dans la gendarmerie française* ». Dorothee Prud'homme et Christophe Bertossi, *Mobilité sociale et diversité culturelle: le jeu des identités dans la gendarmerie française*, Centre de Prospective de la Gendarmerie française (non publié), 2009.

¹⁸¹ Dorothee Prud'homme et Christophe Bertossi, *La « diversité » à l'hôpital. Identités sociales et discriminations raciales dans une institution française*, op. cit.

¹⁸² La Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP), la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (la Halde) et le Conseil régional d'Ile-de-France.

toutes les observations menées et consignées dans des carnets de terrain à mon usage exclusif. J'ai également pu aborder, avec un grand nombre d'enquêtés, les problématiques qui intéressaient ma recherche propre à l'occasion des entretiens réalisés pour l'étude Ifri et, ayant réalisé l'intégralité de ces entretiens moi-même, il a été convenu que je pourrais utiliser librement n'importe lequel des entretiens de l'étude Ifri dans le cadre de ma thèse de doctorat. Enfin, l'expérience du milieu hospitalier et de ses usages acquise à l'occasion de ce premier terrain m'a été d'une grande aide pour l'organisation et la gestion du terrain principal de ma thèse. L'enquête de terrain de l'étude Ifri a pris fin en décembre 2010. A l'analyse des matériaux puis la rédaction du rapport de recherche intitulé « *la "diversité" à l'hôpital. Identités sociales et discriminations raciales dans une institution française* »¹⁸³, ont succédé d'autres projets professionnels qui m'ont tenue éloignée de mon terrain de thèse jusqu'en octobre 2011. Cette division du terrain en deux parties m'a permis de consolider mes hypothèses de recherche et d'affermir la problématique abordée dans le cadre de ma recherche doctorale avant d'aborder mon terrain propre¹⁸⁴. Sur les conseils d'une enquêtée, j'ai alors passé deux mois aux urgences de l'Hôpital public P où j'ai pu conduire quelques entretiens (six). Mais la localisation géographique trop éloignée et la lourde charge de travail relative au lancement d'un nouveau projet de recherche à l'Ifri m'ont contrainte à abandonner ce terrain que je ne parvenais pas à conduire dans des conditions satisfaisantes. Finalement, en février 2012, j'ai pris contact avec l'Hôpital public L correspondant aux critères de sélection que j'avais retenus (précisés ci-après) et situé près de mon domicile. J'ai obtenu, sans difficultés, la permission de la direction d'enquêter dans les services d'urgences générales et d'urgences gynéco-obstétriques. En profitant des week-ends et jours fériés, j'ai pu consacrer en moyenne trois à quatre jours par semaine à l'enquête de terrain dans ces deux services entre février et juillet 2012. J'ai retrouvé un rythme de présence calqué sur les horaires des services, j'ai pu de nouveau nouer des liens interpersonnels

¹⁸³ Dorothée Prud'homme et Christophe Bertossi, *La « diversité » à l'hôpital. Identités sociales et discriminations raciales dans une institution française*, op. cit.

¹⁸⁴ Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », op. cit., p. 234.

forts avec les professionnels et conduire trente-trois entretiens supplémentaires¹⁸⁵. L'Hôpital public L est indéniablement le terrain principal de cette recherche.

Le terrain d'enquête de cette recherche doctorale s'est donc déroulé dans cinq établissements de santé pluridisciplinaires¹⁸⁶ de la région Ile-de-France : l'un est une clinique privée, les quatre autres sont des établissements publics, dont trois appartiennent à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Ces établissements sont tous situés, soit dans la banlieue du nord parisien, soit à Paris intra-muros. Ils ont en commun d'accueillir quotidiennement un public mixte et précaire, potentiellement bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat (AME)¹⁸⁷, comprenant une forte proportion d'étrangers parlant peu ou pas français¹⁸⁸. Mais les données recueillies ne parlent pas exclusivement de ces cinq établissements : les professionnels hospitaliers interrogés ont souvent travaillé dans plusieurs établissements (obligatoirement durant leurs études) et leur témoignage repose sur la diversité de ces expériences et les comparaisons qu'ils en tirent. Mener une enquête de terrain dans cinq établissements franciliens différents visait à évaluer la pertinence de critères tels que le statut public/privé, la zone d'implantation géographique ou encore la taille des établissements. Le principal résultat en est que, globalement, tous les professionnels hospitaliers, quel que soit l'établissement dans lequel nous les avons rencontrés, partagent le même type de représentations et les mêmes pratiques concernant la prise en charge des patients qu'ils identifient comme roms. Toutefois, les quelques subtiles différences qui existent ont fait l'objet d'une attention particulière.

D'autre part, si cette enquête s'est déroulée dans différents types de services hospitaliers, la recherche porte une attention particulière aux services d'urgences, qui ont fait l'objet d'une enquête approfondie dans chacun des cinq établissements. Ce choix est la conséquence de mes premières lectures sur les rapports à la santé

¹⁸⁵ Un dernier entretien a été conduit, en janvier 2015, avec une élève-directeur d'hôpital rencontrée par le biais d'une connaissance commune (cet entretien est classé parmi les entretiens exploratoires et informatifs)

¹⁸⁶ Ils comportent généralement les trois grandes disciplines de court séjour (MCO) : Médecine, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique, et trois disciplines de moyen ou long séjour (SSR) : soins de suite polyvalents, soins de suite gériatriques et soins de suite cancérologiques.

¹⁸⁷ Pour toutes précisions relatives aux publics concernés par l'attribution de ces allocations, voir annexes p. 602-605.

¹⁸⁸ Parce qu'il ne correspondait pas à ces critères, un des établissements enquêtés dans le cadre de l'étude Ifri n'a pas été retenu parmi les terrains de cette recherche doctorale.

des populations désignées comme roms¹⁸⁹ et des informations recueillies lors des entretiens exploratoires, qui ont mis au jour la saillance de la fréquentation des services d'urgences par les populations perçues comme roms (à l'exclusion quasi systématique des autres services). D'autre part, comme le souligne Nicolas Belorgey, « *[les services d'urgence des hôpitaux] présentent un double avantage d'un point de vue méthodologique. Tout d'abord, le secteur public de la délivrance des soins, et en particulier ses agents du premier rang (street-level bureaucrats) que sont ses infirmières, ses aides-soignantes ou ses médecins urgentistes, fait partie de cette "main gauche de l'État", moins visible que la main droite mais aussi plus accessible à l'enquête. Ensuite, au sein même du secteur de la santé, les services d'urgence des hôpitaux donnent particulièrement à voir les tensions liées à l'administration des soins. Placés à l'interface entre l'extérieur et l'intérieur des établissements – ils ont longtemps été appelés "service-porte" –, ils vivent avec une acuité particulière la rencontre entre les demandes, de nature à la fois médicale et sociale, du public, et les logiques qui portent l'institution à offrir des soins médicaux fortement spécialisés par sous-disciplines et qui limitent les ressources disponibles.* »¹⁹⁰ Les services d'urgences, « *lieux d'observation privilégiés des tensions* »¹⁹¹, constituent pour toutes ces raisons le terrain

¹⁸⁹ Association Tsiganes Solidarités, « La santé et l'accès aux soins à Toulouse », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, n° 2, p. 85□86 ; Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *Etudes Tsiganes*, 2005, 21 - Les institutions, un espace de rencontre, p. 48□58 ; Patricia Bezunartea et Isidro Rodriguez, « La communauté gitane et la santé: l'action en matière de toxicomanie », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, p. 103□110 ; Marc Bordigoni, « Introduction », *Etudes Tsiganes*, 2005, 21 - Les institutions, un espace de rencontre, p. 7□9 ; Jacqueline Charlemagne, « Politiques sociales, exclusion, santé », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, p. 10□33 ; Equipe Romeurope, « Projet Romeurope », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, n° 2, p. 114□130.

¹⁹⁰ Nicolas Belorgey, « "Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences": Une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 189, n° 4, p. 19. « *Ce sont les services d'urgences qui constituent davantage que le guichet simplement administratif ouvert à des horaires restreints et généralement situé dans le hall principal, le véritable "accueil" des hôpitaux. Les plus grands d'entre eux ont d'ailleurs longtemps été appelés officiellement "services d'accueil des urgences" (SAU) et beaucoup le sont encore en pratique.* » Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 22.

¹⁹¹ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 23. « *Ce qui m'intéresse c'est l'homme, et le seul endroit où vous le voyez dans toute sa diversité, c'est ici [aux urgences]. C'est pas dans votre cabinet de médecine générale parce que finalement vous avez toujours une clientèle qui est à votre image. C'est pas dans une salle d'hospitalisation parce que vous voyez des patients qui sont filtrés en fonction de l'activité de votre salle d'hospitalisation. Donc le tout-venant, il est ici. D'autre part, vous voyez donc les hommes, individuellement, et puis vous avez un très beau point d'observation sur l'évolution d'une communauté, c'est-à-dire une, voilà, d'une population, comment elle évolue, quels sont les points, les points de crispation, et le service des urgences est probablement, je pense, le seul lieu où viennent se cristalliser toutes les difficultés d'une société. Dès qu'il y a quelque chose qui va pas, le point ultime dans lequel vous arrivez, c'est les urgences. Voilà. Et donc vous voyez la vraie couleur d'une ville, d'accord, quand vous êtes aux urgences et en particulier la nuit, parce que la nuit, y'a pas de fard. C'est brut*

transversal principal de ce travail. Il m'a malgré tout semblé intéressant de ne pas m'en tenir là et de saisir l'opportunité, offerte par le terrain de l'étude Ifri, d'étudier le fonctionnement, les missions et les professionnels d'autres services. En effet, bien que les mêmes catégories de professionnels se retrouvent dans les différents services hospitaliers (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.), leurs activités, leurs priorités et leurs routines professionnelles sont chaque fois différentes. En observant et interrogeant des professionnels travaillant dans d'autres services que des services d'urgences – réanimation, gynéco-obstétrique, orthopédie, maladies infectieuses et tropicales (MIT), oncologie, soins de suite et réadaptation (SSR) – j'ai ainsi pu mesurer la différence (et parfois les tensions) qui existent entre les services d'hospitalisation et les services d'urgences¹⁹². Enfin, j'ai rencontré différentes catégories de professionnels, et ce non seulement afin de comparer leurs représentations et pratiques respectives à l'égard des patients qu'ils identifient comme roms – c'est-à-dire de tester la pertinence de la catégorie socio-professionnelle comme critère de différenciation – mais également afin de considérer les relations qu'ils nouent entre eux à l'occasion de la prise en charge de ces patients¹⁹³.

6.2. Observation « participante » et position sur le terrain

Le milieu hospitalier m'était à peu près étranger avant la réalisation de cette enquête de terrain – à part quelques visites à des proches hospitalisés et une poignée d'amis médecins. Les longues phases d'observation dans les services hospitaliers m'ont permis d'acquérir peu à peu une connaissance du milieu hospitalier, des missions des professionnels de santé et de découvrir les règles de fonctionnement des services de soin au sein des cinq établissements enquêtés.

L'hôpital s'est révélé être un terrain facile d'accès. Dans chaque établissement, j'ai pu aisément obtenir l'accord de principe des membres de la direction (le plus souvent par mail) puis, après un entretien en vis-à-vis avec le chef de service ou le

de coffrage, d'accord ? Et ça, c'est extrêmement intéressant, et en fait, moi, c'est ce qui m'intéresse. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

¹⁹² Les détails concernant les services enquêtés et le panel des enquêtés sont présentés en annexes.

¹⁹³ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort, op. cit.*

cadre du service au cours duquel je présentais mon sujet de recherche, j'ai à chaque fois été autorisée à conduire ma recherche dans les services souhaités. En règle générale, nous convenions ensemble que je respecterais toutes les instructions des professionnels hospitaliers afin de ne pas gêner leur travail, de respecter les patients et de ne pas me mettre en danger. Dans quelques services, à la demande du cadre, j'ai organisé une ou plusieurs réunions d'information pour me présenter, expliquer le sujet de ma recherche et répondre aux (rares) questions des professionnels du service qui y assistaient. Il m'a été remis à chaque fois une blouse et un badge¹⁹⁴, me donnant l'apparence d'un membre du personnel hospitalier. Ma présence dans les services a été tout particulièrement facilitée par les cadres de service et les personnels paramédicaux qui m'ont rapidement associée à leur routine quotidienne. Comparativement, le contact avec le personnel médical a dans l'ensemble été plus formel.

En revanche, l'observation du fonctionnement des services de santé et du travail des personnels dans un domaine aussi sensible que la santé n'a pas toujours été simple. Trouver ma place dans les services, suffisamment près pour voir et comprendre, mais suffisamment loin pour respecter le travail des professionnels et l'intimité des usagers, a demandé un long travail d'apprentissage. Au cours de ces journées, j'ai le plus souvent choisi de suivre un ou plusieurs professionnels hospitaliers dans leurs tâches quotidiennes, ce qui m'a permis d'observer le rythme du service de soin, l'accueil et les relations avec les usagers, la répartition et les caractéristiques des tâches quotidiennes, et les relations entre professionnels. Les différents professionnels m'ont expliqué leurs missions, la marge de manœuvre dont ils disposent ainsi que les contraintes institutionnelles qui pèsent sur leur travail quotidien. *« Passer ainsi derrière la façade revient à observer les prérogatives et les jeux de positions entre ces acteurs, mais aussi à examiner chez eux les conditions du travail quotidien et les diverses formes d'un rapport banal au travail: délégation de tâches, pratiques de freinage, discordance entre le*

¹⁹⁴ A l'Hôpital public G et à la Clinique privée E, ce badge portait la mention « communication – recherche » (mention résultant d'une concertation entre l'Ifri et les directions d'établissements). A l'Hôpital public A, la direction a unilatéralement décidé qu'il porterait la mention « sociologue ». Enfin, à l'Hôpital public P et à l'Hôpital public L, le badge mentionnait uniquement mes nom et prénom, il me revenait donc d'expliquer ma fonction à ceux qui le demandaient.

prestige des qualifications et la réalité concrète de l'activité, etc. »¹⁹⁵ J'ai progressivement appris la hiérarchie des services, la topographie des lieux, le langage spécifique des professionnels, les rythmes de roulement des équipes, les usagers habituels, etc. J'ai découvert les codes, les valeurs et le langage des services de santé, les faisant peu à peu miens. Comme le souligne Everett Hughes, *« pour tout métier, et à toute étape d'une carrière dans un métier, il y a nécessairement un véritable mode de répartition du temps et de l'énergie consacrés aux diverses activités constituant ce métier. On constate également qu'il y a, dans de nombreux cas, une répartition idéale du temps et de l'énergie – ou peut-être plutôt un certain nombre d'affirmations sur ce qu'elle devrait être. Ces affirmations définissent en outre de façon implicite une hiérarchisation sur la valeur et le prestige des diverses activités constituant le métier. L'observation des gens dans leur travail peut en fait révéler que leur comportement réel dément leurs affirmations sur la valeur qu'ils accordent aux diverses activités. »*¹⁹⁶ Les éléments saillants observés au cours de la journée ont été discutés avec les professionnels et les usagers lors de conversations informelles. Ces données ont ensuite été systématiquement retranscrites dans les carnets de terrain. Huit carnets de terrain (d'environ 250 pages chacun) présentent ainsi le déroulement de ces journées, les relations nouées avec les professionnels et les usagers, les règles de fonctionnement des services de santé expliquées par les agents, les relations hiérarchiques, les interactions observées entre soignants et patients, les caractéristiques perçues des différents protagonistes, les discussions informelles, les tâches quotidiennes, les réflexions relatives au sujet de l'étude, etc. Ces carnets de terrain révèlent les différences perçues entre les différents services et selon les établissements, dans la façon d'appréhender les patients considérés comme roms par les équipes de soin et les pratiques réelles des enquêtés (usagers et professionnels) dans l'interaction de soin impliquant ces patients désignés comme roms.

¹⁹⁵ Anne-Marie Arborio, Yves Cohen, Pierre Fournier, Nicolas Hatzfeld, Cédric Lomba, et Séverin Muller, *Observer le travail*, op. cit., p. 12.

¹⁹⁶ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 180.

La tenue de ces carnets a permis de pallier les difficultés liées à la durée de l'enquête de terrain et à sa dispersion géographique, tant en termes d'établissement que de services enquêtés : ils ont servi de mémoire vive au moment de l'analyse. L'analyse des carnets de terrain révèle par exemple les pratiques qui m'ont semblée originales et caractéristiques du milieu hospitalier alors que je n'y étais pas encore socialisée. De plus, ils m'ont permis de rattacher le récit des relations qui lient les personnels hospitaliers entre eux ou des événements saillants au cours des journées passées dans les services aux propos tenus au cours des entretiens. En effet, lors des entretiens, j'ai souvent demandé aux enquêtés de revenir sur des situations que nous avons vécues ensemble : l'attitude d'un patient particulier, un incident dans le service entre deux collègues. La comparaison entre le récit que les enquêtés font de ces événements et les éléments notés dans les carnets de terrain permet de faire ressortir le rôle social que l'enquêté endosse face à cette situation. Le contenu de ces carnets ajoute donc une dimension supplémentaire à l'analyse des entretiens conduits. Ils décrivent les interactions ordinaires des membres du personnel des services où l'enquête de terrain a eu lieu, interactions impliquant pour l'essentiel les professionnels interviewés.

Si ma présence dans chaque service hospitalier enquêté a été extensive, peut-on pour autant parler d'observation participante ? Contrairement à Jean Peneff¹⁹⁷, par exemple, je n'ai pas vraiment participé au travail réalisé dans les services enquêtés. Bien sûr, lorsque ma présence se prolongeait, les membres des équipes soignantes faisaient ponctuellement appel à moi pour réaliser de petites tâches (transmettre des documents ou des informations à leurs collègues ou aux ambulanciers, répondre au téléphone, accompagner un patient dans un autre service, traduire les propos d'un patient ne parlant qu'anglais, pousser un brancard, etc.)¹⁹⁸. Toutefois, le fait de ne pas être cantonnée dans la réalisation d'une mission professionnelle était clairement la condition *sine qua non* pour pouvoir observer la relation qui s'instaure entre les usagers et différentes catégories de professionnels,

¹⁹⁷ Jean Peneff, *L'hôpital en urgence*, op. cit.

¹⁹⁸ Précisons également que le port de la blouse engendre une attention et des sollicitations particulières de la part des patients : traverser une salle d'attente en portant une blouse blanche est en soit une expérience.

ce qui n'est pas envisageable dans le cadre d'une réelle observation participante¹⁹⁹ (les brancardiers²⁰⁰, par exemple, n'assistent généralement pas aux consultations médicales). Par contre, le fait d'avoir fréquemment été considérée, par les personnels hospitaliers, comme une élève en formation (j'en avais l'âge présumé et le style vestimentaire) m'a non seulement donné accès à toutes les interactions et toutes les situations que je souhaitais observer, mais m'a en plus permis d'en obtenir une description fouillée et une interprétation de la part des professionnels. L'établissement d'une relation de « détenteur d'informations » à « apprenant » a souvent amené les enquêtés à préciser des notions, à justifier des comportements routiniers, à expliciter des catégorisations informelles à la non-initiée qu'ils percevaient en moi. J'ai ainsi assisté aussi bien à l'accueil administratif des urgences, qu'à des consultations infirmières ou médicales, j'ai accompagné des brancardiers, des aides-soignantes, des infirmières dans leurs tâches quotidiennes, j'ai participé à des entretiens menés par des assistantes sociales, par des agents comptables, à des séances de formation prénatale ou de surveillance du diabète gestationnel avec des sages-femmes, etc. Ainsi, sans qu'il ne s'agisse réellement d'observation participante au sens classique du terme, le fait de passer la journée entière avec un professionnel, de solliciter ses commentaires et ses interprétations des situations vécues ensemble, de prendre la mesure de ses tâches quotidiennes, de partager ses horaires de travail et sa fatigue²⁰¹, offre tout de même une vision approfondie du travail réalisé dans le service²⁰².

¹⁹⁹ Jean Peneff, « Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », *Sociétés contemporaines*, 1995, n° 21, p. 119-138.

²⁰⁰ Jean Peneff, *L'hôpital en urgence*, op. cit.

²⁰¹ « Sur un site, le sociologue, observateur extérieur non directement concerné par l'action en cours, ne subit pas, comme l'observateur participant, la contrainte du temps, le poids de la durée. » Jean Peneff, « Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », op. cit., p. 122.

²⁰² « Observer une situation pour déterminer le contenu et les interprétations du travail n'est pas toujours chose aisée sauf à se satisfaire d'observations superficielles. Assister des médecins, les observer dans la pratique quotidienne, n'est pas suffisant pour interpréter leur travail quand on ne connaît pas les raisons de leurs choix thérapeutiques ou de leurs actes professionnels. Or, comment, sans une connaissance médicale de base, comprendre leurs recherches de diagnostic, leurs décisions de soins ? Comment analyser leur approche du malade en ignorant le contenu de leur formation, leur orientation de carrière, leurs intérêts scientifiques ? On peut observer les médecins, comme je l'ai fait, plusieurs dizaines d'heures, sans savoir interpréter leur travail, c'est-à-dire sans expliquer leurs différences de diagnostics et de traitements. Par contre, le sociologue est susceptible d'analyser d'autres aspects tels que les relations avec les malades, les familles, les collègues, l'autorité sur les subalternes, la gestion du service ou le rapport à l'administration. Les sociologues étudiant les professions à forte expertise connaissent cette limite et ne se risquent pas à interpréter les gestes techniques, les savoirs élaborés et les recherches scientifiques mis en pratique. On ne comprend pas le travail des savants en laboratoire, des ingénieurs ou des techniciens, sans un minimum de formation dans la science ou la technologie concernée. » Ibid., p. 133.

Le fait d'être considérée comme une externe de médecine ou une infirmière en formation présentait également l'avantage considérable de banaliser ma prise de notes. J'ai pu retranscrire quasiment en temps réel toute activité, toute conversation à laquelle j'ai assisté sans que les professionnels hospitaliers qui m'entouraient ne trouvent cela surprenant²⁰³. Dans ces carnets, j'ai également dessiné des plans sommaires des différents services enquêtés²⁰⁴ et consigné des informations factuelles telles que le nom de tous les membres de chaque équipe et contre-équipe connus, le rythme de rotation des équipes. Surtout, les premiers temps, je me suis adonnée aux techniques de comptage et de descriptions systématiques conseillées pour défricher un terrain²⁰⁵. J'ai ainsi « énumér[é] les caractéristiques des acteurs (sexe, âge, profession, statut) [et] inventori[é] les structures matérielles de l'action (lieu, durée, nombre d'interventions) »²⁰⁶, mais également « les propriétés liées à l'action »²⁰⁷. Ce faisant j'ai cherché à mesurer « les faits et événements qui objectivent : la division des actes professionnels et leur enchaînement (...) ; l'autonomie dans le travail ou, pour les services, le contrôle des usagers (...) ; les diverses formes de freinage ou d'accélération dans le travail avec les interruptions de la cadence (...) ; l'autorité exercée ou subie (...) »²⁰⁸. Cette première phase d'observation m'a permis d'objectiver les contraintes et les conditions de travail, de prendre connaissance de la routine des

²⁰³ Les rares fois où des enquêtés m'ont demandé ce que j'écrivais, je répondais que je notais tout ce qui se passait et pour expliciter mon propos je leur lisais les deux dernières phrases inscrites, ce qui m'a valu le surnom de « mentalist » aux urgences de l'Hôpital public G (d'après le titre d'une série américaine dont le personnage principal est un consultant auprès d'une équipe policière se servant de son grand sens de l'observation et de ses connaissances psychologiques pour résoudre les enquêtes qui leur sont assignées).

²⁰⁴ Stéphane Beaud et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2010, p. 163.

²⁰⁵ « Dans un service d'hôpital, la mesure et le calcul sont omniprésents. Par exemple : combien de lits disponibles, quelle durée d'attente pour une radio, de combien de temps dispose-t-on ? Combien de malades à traiter ? Combien d'heures de travail à effectuer ? Le temps est une obsession : le temps écoulé, le temps d'une décision (et bien sûr le temps pour atteindre la fin de la journée). » Jean Peneff, « Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », *op. cit.*, p. 122. J'ai ainsi, par exemple, compté toutes les personnes se présentant à l'accueil des urgences au cours d'une journée et inscrit leur motif de recours, décrit toutes les consultations IAO d'une journée, toutes les tâches menées par tel ou tel type de professionnel dans une journée, compté le nombre de fois où les agents d'accueil répètent aux patients les raisons de la longueur de l'attente aux urgences, le nombre de patients amenés par la police, les ambulanciers, le SAMU au cours d'une journée, le nombre d'usagers qui « oublient » les formules de politesse classiques lorsqu'ils s'adressent aux agents chargés de l'accueil des urgences (les enquêtés ont beaucoup apprécié ce comptage !), évalué la durée moyenne des consultations IAO et médicales aux urgences, etc.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 128.

²⁰⁷ *Ibid.*

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 128 □ 129.

services, ainsi j'ai pu ensuite comprendre la perception que les professionnels hospitaliers avaient des situations qui se présentaient²⁰⁹.

6.3. Enquêtes et entretiens ethnographiques

Le travail bureaucratique produit quotidiennement de l'assignation identitaire, notamment en catégorisant les usagers suivant des critères objectifs (statut, revenus, âge, etc.). Toutefois, le processus de catégorisation raciale qui s'y déroule ne peut être décrit aussi ouvertement par les agents des institutions françaises. Durant les premiers temps de l'observation, les professionnels hospitaliers se sont parfois montrés suspicieux et souvent prudents sur les questions qu'ils jugeaient en lien avec la problématique raciale. Ce n'est que lorsque la phase d'observation a pu être prolongée et que des contacts plus personnels se sont noués avec les professionnels d'un service, que la thématique précise de la recherche a pu être superficiellement abordée au cours de discussions informelles. Cette réserve peut être expliquée par le tabou qui entoure la question de la catégorisation raciale en France : en présence d'une enquêtrice portant une blouse venue spécifiquement pour observer le service, le professionnel se veut irréprochable, il surveille son langage et son comportement. En revanche, le huis-clos de l'entretien anonyme et confidentiel autorise l'enquêté à laisser libre cours aux opinions, définitions, catégorisations qui font sens pour lui²¹⁰. L'entretien était donc un complément absolument nécessaire de l'observation.

J'ai ainsi conduit soixante-quatorze entretiens semi-directifs avec les professionnels hospitaliers (médicaux, paramédicaux et administratifs)²¹¹ rencontrés dans les services enquêtés : trente-quatre²¹² au cours du terrain réalisé pour l'étude Ifri et quarante au cours du terrain spécifique à ma recherche

²⁰⁹ « Le point de vue des travailleurs qui va donner un sens à l'action et à ses mobiles varie en fonction du sentiment de l'utilité morale ou sociale d'une opération dont la perception est influencée par le monde social. » Ibid., p. 132.

²¹⁰ Mireille Eberhard, « Catégorisations ethno-raciales au guichet », *Les cahiers du CERIE*, Déc 2001, n° 8, p. 35-51.

²¹¹ Les enquêtés sont des « professionnels hospitaliers » : on entend par là des personnes qui travaillent à l'hôpital quels que soient leurs tâches, le mode d'organisation de leur profession, le contrôle qu'ils exercent sur leurs pairs, etc. On ne fait donc pas ici la différence classique entre « professions établies » et « métiers » Jean-Michel Chapoulie, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 86-114. Florent Champy, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009.

²¹² Il est évident que si je n'ai pas spécifiquement retenu le verbatim des cent seize enquêtés de l'étude Ifri, leurs propos ont constamment informé et orienté ma réflexion sur mon propre sujet de recherche.

doctorale²¹³. Ces entretiens ont une durée variant entre quarante minutes et quatre heures, en fonction de l'adhésion des enquêtés aux sujets abordés, mais surtout en fonction de leur inégale disponibilité durant leur temps de travail. Tous les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat, toutefois, si certains enquêtés ont d'eux-mêmes exprimé leur volonté de participer à cette recherche, j'ai souvent dû suggérer la contribution à l'enquête. Leur intérêt pour le sujet, le souci de diversifier les catégories professionnelles interrogées²¹⁴ et la possibilité matérielle de réaliser l'entretien ont principalement présidé au choix des enquêtés. Les soixante-quatorze entretiens ont généralement été enregistrés avec l'accord des enquêtés et intégralement retranscrits. De très rares enquêtés ont refusé l'enregistrement et, en quelques occasions, l'enregistrement s'est révélé défectueux (incomplet, inaudible). Le contenu de ces entretiens a fait l'objet de notes dans les carnets de terrain. Les entretiens ont eu lieu dans des salles de réunions, des bureaux, des chambres d'hospitalisation non occupées, des salles de repos, en fonction de la disponibilité de ces espaces²¹⁵. Il a parfois fallu quitter un lieu pour un autre en cours d'entretien pour ne pas gêner le fonctionnement normal du service de soin. Les entretiens avec les cadres et les médecins ont fréquemment été interrompus, voire écourtés, par des appels téléphoniques professionnels. Certains personnels médicaux ou paramédicaux se sont absentés temporairement ou définitivement durant l'entretien, car leur présence professionnelle était requise par les membres de leur équipe.

Le guide d'entretien, appris par cœur²¹⁶, aborde les thèmes suivants : après le recueil de données personnelles et familiales, l'entretien avec les professionnels porte sur leur formation professionnelle depuis le lycée jusqu'à leur entrée dans la

²¹³ « L'expérience montre que, passé trente à quarante entretiens, si les personnes interrogées ont été bien choisies, les informations recueillies sont redondantes ou du moins ne mettent plus en cause, fondamentalement, la structure des résultats obtenus. » CURAPP, *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique*, Presses Universitaires de France - PUF, 2000, p. 11.

²¹⁴ « Dans un échantillon qualitatif, c'est l'individu qui est "représentatif" des groupes sociaux auxquels il appartient, de la ou des cultures dans lesquelles il a baigné. Au niveau de l'échantillon, parler de la représentativité signifie donc simplement que l'on s'efforce de réunir des personnes présentant toutes les caractéristiques pouvant engendrer des différences à l'égard des représentations étudiées, compte tenu de leur nombre relatif dans la population d'origine. » *Ibid.*

²¹⁵ Pour plus détails, voir les tableaux récapitulatifs des entretiens réalisés, pp.554-556.

²¹⁶ Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *op. cit.*, p. 240.

vie active (leurs motivations, leurs expériences, leurs choix). Puis, leur parcours professionnel fait l'objet d'une discussion détaillée, au cours de laquelle les postes occupés successivement sont énumérés ainsi que les activités quotidiennes qui y sont attachées. La discussion se poursuit sur les intérêts et inconvénients du travail sur autrui, sur le rôle du patient durant la relation de soin, la part relationnelle dans le métier du professionnel hospitalier et la comparaison du patient « idéal » *versus* le patient « difficile ». Cette dernière question permet d'introduire la partie consacrée à leurs expériences et perceptions des « patients roms » : comment se passe la prise en charge de patients roms ? En quoi est-ce différent de la prise en charge des autres patients ? Comment reconnaître les patients roms ? Quelles sont leurs caractéristiques ? Sont-ils des usagers, des citoyens comme les autres ? Cette phase de l'entretien a systématiquement déclenché le récit d'anecdotes, qualifiées par Stéphane Beaud comme « *un des leviers les plus puissants de l'entretien ethnographique* »²¹⁷. Elle a effectivement permis de recueillir des propos formulés « *en toute simplicité, voire en toute ingénuité, (...) que la censure sociale ordinaire interdit* »²¹⁸. Puis, l'entretien revient vers des questions plus générales concernant l'impact de la différence perçue des patients sur le travail hospitalier et l'adaptation de la pratique professionnelle à cette différence perçue. Des clarifications sont demandées sur le lien éventuellement fait par les enquêtés entre « accommodation » de la pratique professionnelle et égalité d'accès au soin et de traitement. Enfin, les enquêtés sont interrogés sur la dimension morale de leur métier : les valeurs et principes qu'ils estiment fondamentaux, la dimension service public, la possibilité pour l'hôpital de jouer un rôle d'intégration via une mission d'éducation des patients, la dimension sociale des missions de l'hôpital.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 242.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 243.

***1^{ère} Partie : Frontières raciales,
frontières morales, frontières
professionnelles***

Introduction

Alors que Michèle Lamont, dans ses ouvrages, *La Morale et l'argent*²¹⁹ et *La Dignité des travailleurs*²²⁰, part d'une distinction de classe et recueille des discours sur les frontières morales et raciales des groupes, nous avons ici pris le parti de faire le chemin inverse. En demandant aux professionnels hospitaliers de cinq établissements de santé de la région parisienne s'ils avaient déjà pris en charge des usagers « roms », nous avons d'emblée tracé une frontière interprétée comme ethnique ou raciale par les enquêtés. Nous leur avons demandé d'explicitier leurs relations professionnelles avec certains usagers, distingués des autres par leur appartenance présumée au groupe « rom ». En réponse, nous avons recueilli des jugements moraux – généralement négatifs – sur le comportement de ces usagers désignés comme roms. Tous les professionnels interrogés décrivent en effet les usagers présumés roms comme ayant un comportement transgressif dans l'institution. Pour eux, la relation institutionnelle avec ces usagers se passe généralement mal, ou moins bien qu'avec d'autres, ce qu'ils expliquent par les spécificités culturelles présumées de ces usagers. En effet, à l'instar de Laurence Kotobi, nous constatons que « *les difficultés à communiquer, à se comprendre, à accepter la maladie ou les traitements sont expliqués [par les professionnels hospitaliers] par la culture d'origine du patient, qui est le plus souvent envisagée en termes d'obstacle* »²²¹. La racialisation des comportements de ces usagers présumés roms dans l'institution permet alors de rationaliser les « déviances » ou les affronts dont ils se rendraient coupables aux yeux des enquêtés²²².

Toutefois, suivant Anthony Giddens, nous suggérons que, « *alors que les acteurs compétents peuvent presque toujours formuler de façon discursive les intentions [réflexivité] et les raisons [rationalité] de leur action, ils n'y parviennent pas nécessairement lorsqu'il s'agit de leurs motifs. La motivation inconsciente est un*

²¹⁹ Michèle Lamont, *La morale et l'argent. Les valeurs des cadres en France et aux Etats-Unis*, Paris, Métailié, 1995, p. 318.

²²⁰ Michèle Lamont, *La Dignité des travailleurs*, Paris, Presses de Sciences Po, 2002.

²²¹ Laurence Kotobi, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *op. cit.*, p. 65.

²²² « *C'est toujours par rapport aux critères de son propre groupe social que l'on ressent une inconvenance dans la conduite d'autrui.* » Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, Paris, Les Editions de Minuit, 1974, p. 110.

trait de la conduite humaine. »²²³ Or, un examen minutieux révèle que ces frontières morales ne reposent pas sur les mêmes critères et les mêmes valeurs en fonction des missions que les différents enquêtés doivent mener à bien dans le cadre de leurs activités professionnelles à l'hôpital. Autrement dit, les professionnels hospitaliers n'ont pas tous la même vision du comportement transgressif attribué aux usagers présumés roms ; ces derniers désignés comme « les pires usagers » ne le sont pas de la même façon selon celui qui juge leur comportement. Comme le souligne Anne Paillet, les « *différentes approches morales tendent à se répartir selon les positions professionnelles occupées.* »²²⁴ Le type de tâches que les enquêtés effectuent quotidiennement, les rôles qu'ils s'attribuent, qu'ils évitent ou qu'ils endossent dans le service influencent fortement le jugement moral qu'ils portent sur les « Roms » à l'hôpital et leurs réactions face à ces usagers. Finalement, les frontières raciales et morales tracées autour du groupe « rom » révèlent en filigrane les frontières professionnelles qui séparent les soignants en fonction de leur rôle dans le service et de leur place dans la hiérarchie hospitalière.

Analyser les transgressions de l'ordre hospitalier dont les usagers identifiés comme roms se rendraient coupables aux yeux des différents professionnels revient finalement à chercher qui, parmi ces derniers, en subira les conséquences en termes de charge de travail, qui devra rétablir l'ordre dans le service de façon à ce que l'activité hospitalière puisse se poursuivre et qui pourra ignorer leurs agissements sans que son activité en souffre. Car, comme le souligne Everett Hughes, « *dans l'étude du travail humain, toutes les approches renvoient à un moment ou à un autre au fait évident, mais infiniment subtil, de la division du travail. Qu'est-ce que décrire un poste de travail si ce n'est formuler ce que tel ou tel travailleur fait ou est censé faire ?* »²²⁵ De plus, pour l'auteur, la division du travail n'est pas « purement technique » mais bien également « psychologique et morale »²²⁶. A la frontière morale qui sépare les « bons usagers » des « mauvais »

²²³ Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 54. « Souvent des acteurs justifient leurs actions de façon discursive en faisant appel à des raisons qui diffèrent de la rationalisation effectivement engagée dans leur action. » *Ibid.*, p. 52.

²²⁴ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 14.

²²⁵ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 61.

²²⁶ *Ibid.*, p. 89.

répond ainsi une division morale du travail, c'est-à-dire une « *répartition des tâches en fonction de leur inégale désirabilité* »²²⁷. Les réactions des différents professionnels hospitaliers, face aux comportements déviants des usagers qu'ils identifient comme roms, révèlent la place de chacun dans la hiérarchie hospitalière et les voies qu'ils envisagent pour se maintenir ou progresser au sein de cette hiérarchie.

Afin de recueillir et analyser les représentations que les professionnels hospitaliers nourrissent au sujet des patients qu'ils identifient comme roms, en fonction des interactions qu'ils sont amenés à nouer avec eux et des missions qu'ils doivent mener à bien au cours de ces prises en charge, nous avons choisi, dans cette première partie, de suivre virtuellement le parcours des patients entrant dans l'institution de santé par les services d'urgences.

Ainsi, le **premier chapitre** présente la vision des agents chargés de l'accueil administratif des usagers dans l'institution (comptables, agents d'accueil, agents administratifs). Nous verrons que les usagers présumés roms sont fréquemment décrits par ces professionnels comme des usurpateurs étrangers qui cherchent à profiter et abuser du système de santé français. La frontière morale est ici fondée sur la valeur d'*honnêteté*. Cette représentation révèle le rôle de défenseurs de l'établissement – et du système de santé en général – que les agents en charge de l'accueil administratif des établissements de santé s'attribuent à cette occasion. Nous constaterons en effet que la « chasse » aux « étrangers profiteurs » permet à ces professionnels, situés en bas de la hiérarchie hospitalière, de valoriser leur fonction. Ils réaffirment ainsi leur position dominante dans la relation qu'ils entretiennent avec ces usagers dont ils partagent parfois la situation socio-économique difficile ou la trajectoire professionnelle chaotique.

Le **deuxième chapitre** se concentre sur la façon dont les « Roms » sont perçus par les infirmiers d'accueil et d'orientation en charge du tri des patients à l'entrée des urgences. Nous étudierons alors les pratiques de contournement des règles institutionnelles dont ces patients se rendraient coupables aux yeux de ces professionnels, et les « usages non prévus » qu'ils feraient, selon eux, des services d'urgences. Ici, la frontière morale repose sur la valeur de *discipline*. Cette

²²⁷ Florent Champy, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009, p. 55.

représentation met en lumière le rôle de gestionnaire de service généralement assumé par les infirmiers, en dépit du peu d'autonomie professionnelle dont ils disposent pour l'exercer et de leur désintérêt pour ces tâches qui les éloignent de leur « rôle » propre.

Dans le **troisième chapitre**, nous nous intéresserons aux perceptions des médecins. Nous verrons qu'ils considèrent les patients présumés roms comme des patients particulièrement difficiles, car ils seraient « actifs » tout en appartenant aux classes sociales inférieures. Par conséquent, les praticiens hospitaliers tracent à leur rencontre une frontière morale fondée sur la valeur de *soumission*. Afin de sauver la face et de préserver leur position dominante dans l'interaction, les médecins expliquent le comportement déviant des patients « roms » par leur différence culturelle présumée. Tout en rappelant les principes d'égalité de traitement et de non-discrimination dans les soins, ils justifient la mise à distance de ces « mauvais patients » par leur devoir de neutralité.

Enfin, le **quatrième chapitre** s'attache à analyser une représentation des « Roms » commune à toutes les catégories de professionnels hospitaliers : il s'agit de la perception des « familles roms » comme envahissantes et irrespectueuses. Cette perception, qui se cristallise à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient présumé rom, provoque le tracé d'une frontière morale fondée sur la valeur de *civilité* de la part de la quasi-totalité des enquêtés. Cette représentation partagée est l'occasion d'étudier le processus de délégation du « sale boulot » que constitue l'encadrement des « familles roms » dans les services hospitaliers. Nous constaterons que, délaissée par les médecins et les infirmiers « techniciens », cette tâche est menée à bien par les infirmiers « relationnels » et les aides-soignantes qui y voient une opportunité de valoriser leur fonction au sein du service en procédant à l'« éducation » de ces usagers altérés.

Chapitre 1. La racialisation comme expression d'une lutte contre le déclassement professionnel

La prise en charge d'un usager dans une institution de santé débute par une relation de guichet semblable à celles décrites par Vincent Dubois dans *La vie au guichet*²²⁸. Lorsqu'il arrive aux urgences d'un établissement de santé²²⁹, le patient commence par décliner son identité et le motif de sa venue auprès d'un agent d'accueil. Ce dernier lui demande de présenter une pièce d'identité et sa carte vitale afin de créer un dossier à son nom – ou, si le patient est déjà venu dans cet établissement, de retrouver le dossier existant. Ce dossier contient deux types de données : d'une part des informations relatives à l'identité du patient, telles que ses nom et prénom, sa date de naissance, son adresse et son numéro de téléphone, son numéro de sécurité sociale, le nom et les coordonnées d'un contact en cas de problème, etc., et d'autre part, des données relatives à sa santé : motif de recours, antécédents, allergies connues, etc. L'inscription administrative est une première étape incontournable : sans enregistrement, pas de prise en charge médicale²³⁰.

Les professionnels hospitaliers qui travaillent à l'accueil des services d'urgences observées sont des agents administratifs²³¹, des agents du service hospitalier (ASH)²³² ou des aides-soignantes²³³. Ces agents d'accueil, principalement des femmes²³⁴, effectuent des tâches visant essentiellement au respect des procédures administratives de l'institution.

« L'accueil, c'est recevoir les gens, leur donner, c'est compléter, récolter les documents et les informations pour que les collègues des frais de séjour puissent facturer, c'est-à-dire éviter aux patients de recevoir des factures ou des lettres de relance, essayer [de faire en sorte] que l'hôpital soit payé (...). La majorité de notre travail [aux admissions] c'est convocation, pièce d'identité, carte vitale, carte de mutuelle et justificatif de domicile, ce qu'on fait aussi en bas [à l'accueil des urgences] à côté de l'infirmière [d'accueil et d'orientation]. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

²²⁸ Vincent Dubois, *La vie au guichet*, op. cit.

²²⁹ L'inscription administrative a également lieu lorsque l'usager entre dans l'institution par le biais des consultations dans les services de spécialités, mais nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer cette pratique.

²³⁰ Lorsque le patient, pour des raisons de santé, n'est pas capable de fournir ces informations lui-même, elles sont transmises à l'agent d'accueil par les proches, les pompiers ou les ambulanciers qui l'accompagnent.

²³¹ Comme Eugénie, agent d'accueil aux urgences de la Clinique privée E ou Corinne, agent administratif aux urgences générales de l'Hôpital public L.

²³² Comme Clotilde, agent d'accueil aux urgences générales de l'Hôpital public G.

²³³ Comme Sylvie à l'accueil des urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L, Dolorès ou Ruben aux urgences générales de l'Hôpital public P.

²³⁴ La fonction d'agent d'accueil est très majoritairement féminine. L'observation nous permet d'évaluer à moins de 10% la proportion d'hommes occupant ce poste dans les différents services d'urgences enquêtés.

Pourtant, les agents d'accueil que nous avons rencontrés minimisent fréquemment la partie purement administrative de leur métier et mettent en avant la partie relationnelle de l'interaction qui s'engage avec l'utilisateur. Le contact avec les usagers est souvent présenté comme une dimension valorisante du métier.

« Je suis très bavarde, je parle beaucoup avec les gens, avec les clients, j'aime bien être en contact avec les gens. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

« Sans arrêt, vous êtes sans arrêt en contact avec le public, même ici, que ce soit ici [à l'accueil des urgences] ou là-haut [aux admissions générales] vous êtes sans arrêt avec le public. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

« Je fais beaucoup d'administratif parce qu'il y a beaucoup d'infirmières, elles aiment pas non plus trop les ordinateurs, inscrire, tout ça, donc souvent elles me laissent voilà. [Je fais aussi] beaucoup, beaucoup de relationnel avec les patientes, ah oui, enfin aux urgences beaucoup ! (...) Je dirais [que ça représente] bien 80% [de mon travail], ah oui, oui, c'est énorme ! » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pourtant, le contact avec les usagers est également désigné, par les enquêtés, comme la principale source de difficultés de la fonction d'agent d'accueil des urgences. En effet, les usagers n'accorderaient que très peu de considération aux agents d'accueil. Ces derniers décrivent fréquemment leur impolitesse, leur manque de savoir-vivre, voire leur agressivité à leur égard.

« Moi, je pense qu'il y a aussi un manque de politesse, un manque de savoir-vivre. Y'a certaines personnes qui vont arriver et te prendre pour de la merde, c'est pesant. Alors quand ça t'arrive à 6h du matin et que t'as toute ta journée à faire, ou même à 10h30 et franchement ça te casse le moral pour toute la journée. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

« Moi, je dis pas qu'ils [les patients] ont pas mal, j'ai pas dit qu'ils ont pas mal mais y'a... y'a la politesse dans tout ce qu'on fait. J'ai pas dit qu'ils ont pas mal, certes ils ont mal, mais ça, t'as remarqué ça ? Ça vous empêche pas de dire bonjour, ça vous empêche pas, quand on vous demande votre code postal, c'est quoi "vous avez qu'à lire, c'est sur la carte [d'identité]" ? Y'en a une qui est arrivée devant moi, qui m'a donné sa pièce d'identité et qui a pris son livre, qui a commencé à lire ! Certes j'étais en train de faire le dossier, certes elle avait envie de lire, mais à ce moment-là, moi je l'ai vécu comme si elle avait pas envie d'avoir affaire avec la personne qui est en train de l'enregistrer. » Dolorès, 30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Illustrant l'intériorisation du mépris social et institutionnel dont ces agents peuvent parfois faire l'objet de la part des usagers, Laurence, qui travaille aux urgences de l'Hôpital public P, va jusqu'à considérer que le respect que l'utilisateur doit à l'agent d'accueil se résume à l'absence d'agressivité ou d'actes violents.

« Le respect de l'agent qui travaille, de l'agent qui travaille au service public, [c'est-à-dire] ne pas l'agresser, ne pas venir et vouloir le frapper, lui cracher au visage ou des trucs comme ça. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Dans tous les services d'urgences observés, le poste d'accueil est protégé par un système de vitres et d'hygiaphones, ou de filins ; des rappels au règlement signifient aux usagers les peines encourues en cas d'agression d'un agent de l'institution²³⁵. Il n'est pas anodin que les professionnels des urgences, et notamment les cadres des services enquêtés, parlent de « ligne de front »²³⁶ pour désigner l'accueil des urgences.

« Tout me plaît [dans ce métier] même si des fois on tombe sur des patients agressifs ou désagréables. Y'a pas de métier facile. (...) J'essaie de gérer l'agressivité des patients (...) parce qu'on se fait insulter, on se fait cracher [dessus], on se fait lancer des bouteilles d'eau, plein de choses [par les usagers]... » Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

Pourtant, à une exception près²³⁷ et contrairement à d'autres groupes de professionnels hospitaliers²³⁸, les agents d'accueil ne mentionnent pas l'agressivité ou la violence comme le principal problème qu'ils rencontrent dans la prise en charge administrative des usagers qu'ils identifient comme roms. Si les « Roms » sont, à leurs yeux, de « mauvais usagers », c'est avant tout parce qu'ils refuseraient de communiquer leurs informations nécessaires à leur inscription administrative. Ce faisant, ils les empêcheraient de remplir correctement leur principale mission professionnelle. Comme le note Julius A. Roth, « à chaque spécialité professionnelle, sa propre notion des attributs et du comportement approprié pour un patient, fondée sur leurs propres attentes professionnelles. Ainsi, les administratifs attendent des patients qu'ils coopèrent à remplir le formulaire d'inscription. (...) Les patients qui ne sont pas capables de donner les informations demandées ou qui s'élèvent contre certaines questions se voit condamnés par l'agent administratif qui pense qu'une personne qui mine ses efforts pour achever sa tâche n'a pas sa place aux urgences. »²³⁹ Les agents rencontrés estiment en effet que les « Roms » dissimuleraient volontairement leur identité et leur adresse ; les incohérences logiques de leurs discours attestent de la

²³⁵ « Une nuit, une collègue infirmière s'est pris le plot et (...) deux jeunes se sont pris la tête à l'extérieur, ils se sont poursuivis en voiture jusqu'à la clinique et ils ont traversé le comptoir que vous voyez pour se bagarrer. C'est à partir de cet instant qu'ils [les membres de la direction] ont décidé de mettre les filins [à l'accueil des urgences]. » Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

²³⁶ Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G. Au sujet de la violence perçue aux urgences, voir en annexe le tableau présentant la répartition des usagers en fonction de leur violence perçue, p.600.

²³⁷ « C'est vrai qu'avec eux [les Roms], moi franchement j'ai une crainte, parce que, eux, c'est sans limite : ils ont envie de te tuer, ils te tuent. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

²³⁸ Notamment les médecins, voir à ce sujet le chapitre 3, pp.188-242.

²³⁹ Julius A. Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, mars 1972, vol. 77, n° 5, p. 845.

frontière raciale qu'ils tracent autour de ce groupe (1). S'appuyant sur la réputation de voleurs et d'impoteurs dont souffrent les membres présumés de ce groupe minoritaire²⁴⁰ dans les débats publics, les agents d'accueil déduisent en effet, de leurs supposés mensonges, leur intention de profiter indûment du système de santé français. En se fondant sur la valeur de solidarité, ils doublent alors la frontière raciale, tracée autour des usagers qu'ils identifient comme roms, d'une frontière morale (2). Or, le tracé de ces frontières est avant tout révélateur des difficultés et contraintes professionnelles que rencontrent quotidiennement ces agents dans l'exercice de leurs missions. L'enregistrement administratif des patients engage leur responsabilité professionnelle et peut être la source de risques sanitaires, pourtant les agents d'accueil ne disposent d'aucune marge de manœuvre face aux patients qui refusent de leur fournir les informations nécessaires à la réalisation de leur mission. Ils sont donc contraints par ces patients, dont les « Roms » seraient à leurs yeux emblématiques, à réaliser un « mauvais travail » (3). Finalement, on constate que les trajectoires sociales de déclassement et la position de fragilité qu'ils occupent au sein de l'institution hospitalière conduisent ces professionnels à se démarquer symboliquement de ces patients jugés déviants car « profiteurs ». Ils développent ainsi à leur égard des stratégies de travail informées par des stéréotypes raciaux, qui visent à révéler la frontière morale qui les sépare d'eux, c'est-à-dire l'impoture dont ils les estiment coupables à l'égard de l'institution et des « honnêtes citoyens » comme eux-mêmes (4).

1.1. Les difficultés d'inscription administrative des usagers « roms »

Comme le rappelle la Charte de la personne hospitalisée²⁴¹, *« tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être*

²⁴⁰ « Les termes "majoritaire" et "minoritaire" sont ici utilisés dans leur acception sociologique et non pas démographique, c'est-à-dire comme des situations produites dans des rapports de domination-subordination indépendamment de l'importance quantitative des groupes concernés : le majoritaire est celui qui "majorise" sa position (son statut, son pouvoir, etc.) en minorant celle d'autrui (Guillaumin, 2002 [1972]). » Christian Poirer, « Les processus d'ethnisation et de raci(al)isation dans la France contemporaine: Africains, Ultramarins et "Noirs" », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2011, vol. 27, n° 1, p. 108.

²⁴¹ La Charte de la personne hospitalisée a pour objectif « de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois – notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – et les principaux décrets, arrêtés, circulaires et chartes ». « La Charte de la personne hospitalisée », *op. cit.*

l'objet d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques. » Le principe d'égalité d'accès aux soins s'applique dès l'inscription administrative des usagers. Tous les agents d'accueil rencontrés affirment respecter ce principe d'égalité de traitement dans leur pratique professionnelle quotidienne, qu'il s'agisse de l'application d'une conviction personnelle ou du respect d'une injonction institutionnelle.

« On n'a pas à pratiquer de discrimination, quelle que soit la personne, je veux dire, quelle que soit son origine, c'est encore plus dégueulasse parce que déjà les gens, dans le cadre plus large, ils sont rejetés, si nous à la limite... (...) Parce que, ce qu'il faut savoir c'est que, l'hôpital, c'est encore un des seuls lieux d'ouverture, je veux dire ouvert entre parenthèses, où on rejette pas les gens, alors si toi tu le fais, comment dire, au niveau de l'hôpital public, ça s'appelle l'hôpital public quand même ! » Daniel, ~50 ans, aide-soignant, service d'urgences, Hôpital public P.

« On inscrit tous les patients. Nous, en fait, moi, euh, la surveillante qui était là et qu'est partie ailleurs, elle a dit qu'il fallait inscrire tous les patients. A l'hôpital, on n'a pas le droit de refuser les gens. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« L'Etat français a mis comme ça, on doit recevoir tout le monde point barre, c'est eux qui ont mis leurs lois, moi je suis là pour exécuter point barre. » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Les agents d'accueil interrogés disent considérer les usagers présumés roms comme n'importe quel usager, la procédure étant la même pour tout le monde : l'utilisateur présente ses papiers d'identité, l'agent crée un dossier à son nom, il sera pris en charge dans le service concerné.

« [Les Roms] ils sont comme tout le monde, on les prend comme tout le monde, y'a aucune différence : pièce d'identité, on les inscrit, point. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Pourtant, les usagers présumés roms sont également décrits par les enquêtés comme des « usagers difficiles ». La relation de guichet qui s'établirait avec eux à l'accueil des services d'urgences serait fréquemment compliquée par le fait que ces usagers dissimuleraient à dessein leur identité et leur adresse.

1.1.1. Les usagers « roms » n'ont pas de papiers d'identité

Si les agents d'accueil demandent systématiquement une pièce d'identité aux usagers qui se présentent aux urgences, le défaut de présentation n'empêche pas la

prise en charge par le service de soin. Dans ce cas, les patients sont invités à décliner verbalement leur identité et les informations personnelles nécessaires à l'établissement du dossier d'inscription.

« Si la personne n'en a pas [de pièce d'identité], on fait selon ses dires, si elle nous dit "je m'appelle monsieur ou madame untel, né à tel endroit, né avec telle date de naissance", on est pas la police pour aller vérifier, on est obligé de faire avec. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Il serait contraire à l'obligation d'accueil des hôpitaux²⁴² et extrêmement compliqué pour les professionnels hospitaliers de refuser l'entrée aux urgences des usagers ne présentant pas de pièce d'identité, comme en témoigne Dolorès, agent d'accueil aux urgences de l'hôpital public P. Elle raconte que la direction avait décidé, courant 2011, de renforcer l'identitovigilance²⁴³ (suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé²⁴⁴) en conditionnant l'inscription administrative à l'accueil des urgences à la présentation d'une pièce d'identité. L'expérience n'a duré que quelques semaines : « avant c'était, sans pièce d'identité, c'était catégorique, sans pièce d'identité : on n'enregistre pas. Ben, ils [les membres de la direction] ont dû changer, sinon il allait y avoir des meurtres ! C'est pas possible ! Quand on disait à un patient "Monsieur, vous avez pas votre pièce d'identité, c'est pas possible", toute l'agressivité tombait sur nous. Là, ils l'ont enlevée [cette règle] il y a quatre semaines. »²⁴⁵ Le défaut de preuve d'identité n'est donc pas censé constituer un réel obstacle au travail des agents d'accueil. La bonne foi et la sincérité des usagers sont généralement présumées

²⁴² L'article L. 6112-3. de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dispose que « L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : 1° L'égal accès à des soins de qualité ; 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ; 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence (...). » Voir le texte intégral sur : Article L. 6112-3. de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>, consulté le 25 février 2015.

²⁴³ L'identitovigilance est un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients.

²⁴⁴ Voir par exemple : Haute Autorité de Santé, *Amélioration des pratiques et sécurité des soins : la sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique*, http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.haas-sante.fr%2Fportail%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2F2012-04%2Fokbat_guide_gdr_03_04_12.pdf&ei=1F3vU8baIorD0QW3-oHQAQ&usg=AFQjCNFr0Iud0S6FyYBP1m5VOV_QrfltZw&sig2=4WHSS5AZINdm9x--UtMG2g&bvm=bv.73231344,d.d2k, consulté le 16 août 2014.

²⁴⁵ Carnet n°8, entretien informel avec Dolorès, aide-soignante, SAU, hôpital public P, 23/11/2011.

lors de l'enregistrement administratif afin de permettre la poursuite de leur prise en charge par le service.

Pourtant, les agents rencontrés décrivent unanimement les migrants en situation irrégulière, les « sans-papiers », comme des usagers dont le cas serait particulièrement difficile à traiter²⁴⁶. Pour Corinne, agent administratif à l'accueil des urgences de l'Hôpital L, les patients difficiles, c'est « beaucoup les patients qui sont sans-papiers » qui viennent « essentiellement des pays... enfin, des Roumains, des Polonais, des Russes »²⁴⁷, parmi lesquels des patients qu'elle identifie comme roms.

« Souvent eux aussi [les Roms], ils arrivent sans, enfin ils ont pas de papiers quoi, vous demandez des papiers, y'en a pas. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

« C'était assez difficile pour nous de les inscrire [les Roms], parce que pas de nom, enfin ils arrivaient à peine à, voilà, on arrivait à peine à savoir qui ils étaient en fait. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Précision intéressante, ces enquêtées interprètent spontanément le refus des patients présumés roms de décliner leur identité comme une tentative de manipulation. Corinne et Laurence considèrent toutes les deux que les « Roms » mentiraient pour être pris en charge par les services d'urgences sans présenter de pièce d'identité et ainsi tromper le système. Elles décrivent les « messes basses » entre usagers présumés roms qu'elles soupçonnent de se concerter sur le chemin des urgences pour mettre au point un mensonge crédible au sujet de leur identité.

« [Les Roms] ils sont souvent accompagnés de deux ou trois personnes, alors on se dit "est-ce que pendant le chemin, ils se concertent sur ce qu'ils vont dire, sur ce qu'ils vont [dire] ?"... Je sais pas (...) sur leur identité, sur les renseignements qu'ils vont donner, qu'on va leur demander, est-ce qu'ils se mettent d'accord sur "tu lui dis que tu t'appelles untel, que tu es né à tel endroit" ? » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

« C'est vrai que c'est arrivé qu'il y en a ils [des Roms] qui, comme ils avaient compris le truc, se disaient "tiens, on vient à deux, on dit qu'on a mal, on est pris, sans, sans, sans qu'ils [les agents d'accueil] demandent quoi que ce soit et tout", euh, donc du coup, le lendemain ils venaient à quatre quoi. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

²⁴⁶ Pour une information sur la proportion de patients qui se déclarent de nationalité étrangère lors de leur venue aux urgences, voir en annexe le tableau relatif à la répartition de la patientèle des services d'urgences par nationalité déclarée, p.599.

²⁴⁷ Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour elles, les patients présumés roms ont « compris le truc » pour bénéficier de soins sans fournir d'informations personnelles. Ces suspicions de mensonges sont relayées par d'autres membres de l'équipe soignante chargés plus occasionnellement de l'accueil des patients, comme par exemple Latifa qui officie régulièrement comme infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) aux urgences de l'Hôpital public L. Pour elle, les patients « roms » sont des « patients difficiles » parce qu'ils ne « disent pas vraiment la vérité », ils « parlent entre eux » et ne « font pas confiance » aux professionnels hospitaliers. Elle suggère que ces dissimulations supposées pourraient avoir un lien avec leur situation irrégulière, tout en insistant sur le fait que ce manque de confiance et de discipline « fausse » son travail.

« Difficile, c'est difficile. [Les Roms,] c'est des patients difficiles. Pourquoi ? Parce que l'interrogatoire, pour moi, il est complètement faussé, parce que t'as l'impression qu'ils disent pas vraiment la vérité (...). Donc ils viennent à plusieurs et, des fois, tu vois bien qu'ils sont mineurs et ils te disent que l'autre, c'est sa tante et puis, non, c'est pas sa tante, c'est sa sœur, non c'est pas sa sœur, c'est son frère pfff... T'as envie de leur dire "on n'est pas de la police, on n'est pas là pour vous fliquer", voilà donc... Je pense qu'il y en a qui sont, je sais pas, en situation irrégulière ou... Pourtant, ils sont européens donc je comprends pas trop euh... Je pense que c'est une communauté qui est mal, qui est mal vue voilà, (...) qui est mal vue alors pour plein de choses, peut-être parce que justement c'est une population qui paraît comme ça un peu indisciplinée, euh... voilà (...) mais tu sens qu'ils te font pas confiance, ça tu le sens tout de suite, ils te font pas confiance, oui, oui, parce que dès que tu poses une question, ils parlent entre eux, et puis des fois même ils te disent "nan, c'est bon, c'est bon" et puis ils partent. Tu sens déjà qu'ils te font pas confiance, c'est sûr, ils sont pas en confiance. » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

D'après cette enquêtée, les patients présumés roms préféreraient renoncer aux soins et quitter le service plutôt que de dévoiler des informations sur leur identité. Les usagers présumés roms sont ainsi considérés comme des dissimulateurs par les agents d'accueil interrogés²⁴⁸. D'ailleurs, ils refuseraient également de communiquer leur adresse de domiciliation. Aux yeux des agents d'accueil, ces réticences sont révélatrices de la volonté des usagers identifiés comme roms de profiter frauduleusement du système de soin français.

²⁴⁸ Voir à ce sujet le tableau intitulé « Les quatre figures de la véracité », Didier Fassin, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *op. cit.*, p. 24.

1.1.2. Les usagers « roms » refusent d'énoncer leur adresse

Au dire des enquêtés, les usagers présumés roms ne dissimuleraient pas uniquement les informations relatives à leur identité lors de leur arrivée aux urgences. Ils refuseraient également de fournir toute information concernant leur domiciliation. Les professionnels hospitaliers chargés de recueillir ces informations administratives établissent immédiatement un lien entre ce qui est perçu comme un refus de déclarer une adresse postale et l'impossibilité qui en découle de facturer les actes médicaux prodigués. Dolorès, agent d'accueil aux urgences de l'hôpital P, qualifie par exemple de « magouille » le fait que des usagers qu'elle identifie comme roms ne divulguent aucune information personnelle de façon à se faire soigner gratuitement à l'Hôpital public. Elle met en relation le coût des soins et les déclarations des patients présumés roms sur leur absence d'adresse postale.

« [Les Roms] ils viennent entre amis, c'est le groupe d'amis qui va venir, moi je suis un groupe d'amis qui va venir, peut-être que toi tu t'es fait soigner déjà, t'as vu comment ça se passait, on a magouillé, on n'a pas payé, donc tu ramènes le groupe d'amis, tu comprends ? » Dolorès, 30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Ils vous donnent la carte roumaine et quand vous demandez "votre adresse Monsieur ?", "ah Madame, dormir dans la rue" (en roulant les R) – je sais pas comment ils parlent là ! – "moi pas d'adresse". Ils vous donneront jamais d'adresse et la radio coûte cinquante euros. Moi, j'ai jamais eu d'adresse, donc ils payent pas, ils payent pas. » Dolorès, 30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Ania, aide-soignante régulièrement en charge de l'accueil des urgences gynécologie-obstétriques à l'hôpital public L, arrive à la même conclusion : en venant à l'hôpital public, les patients qu'elle identifie comme roms « savent bien qu'ils ne vont pas payer » s'ils ne fournissent pas d'adresse postale lors de l'enregistrement administratif.

« Y'en avait certaines [patientes roms] qui venaient et qui, je me souviens aux urgences aussi, (...) parce qu'ils savent bien que ici ils vont pas payer, parce que, à l'hôpital, ils n'ont pas d'adresse, ils n'ont pas de voilà, donc on les facture pas » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Corinne, l'agent administratif des urgences de l'Hôpital public L, s'amuse de constater que « tout à coup » les usagers qu'elle identifie comme roms ne « savent plus parler français » quand il s'agit d'indiquer leur adresse. Le caractère volontaire de la dissimulation est pour elle évident.

« Y'a pas de dialogue de toutes façons, dès l'instant qu'ils arrivent ici, ils disent qu'ils ont pas de papiers. Y'en a, ils arrivent quand même, y'en a, ils ont leur carte d'identité, pas beaucoup, mais bon, dès l'instant que vous approchez l'adresse et tout ça, si vous demandez une adresse ou autre, là, y'a plus de dialogue (...) parce qu'ils savent plus. Tout à coup, là, ils savent plus parler français (rires) ! » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle tente d'évaluer la sincérité des usagers qu'elle identifie comme roms sur cette question : elle observe la façon « chic » dont ils s'habillent²⁴⁹ et estime, à leur mine, qu'ils sont bien nourris. Elle repousse par conséquent la qualification de sans domicile fixe que ces usagers déclarent et en déduit qu'ils mentent pour « profiter du système ».

« [Les Roms] ils sont habillés comme, comme tout le monde, vous en avez qui sont habillés, chic et tout, vous diriez jamais qu'ils sont [SDF] et vous leur demandez des renseignements et "ben SDF", voilà. Vous les voyez bien habillés, bien voilà, ils vous donnent une carte d'identité mais, dès l'instant que vous attaquez l'adresse ou autre, y'a plus rien, y'a plus d'adresse, y'a plus... (...) Ils vous disent clairement qu'ils ont pas de papiers, qu'ils ont pas d'adresse, alors que vous savez qu'ils ont, c'est quand même des personnes qui sont, ils sont pas mal nourris, ils sont pas, ils sont voilà, ils ont des papiers quoi, mais qui essayent de profiter du système. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle explique les conséquences de cette dissimulation volontaire pour l'hôpital : sans adresse de facturation, le coût des soins est imputé à l'établissement (« une facture pour l'hôpital »).

« Pour la facturation, on essaye toujours d'avoir une adresse précise. Bon après, on n'a pas d'adresse, on n'a pas d'adresse, on va travailler avec [les informations dont on dispose], mais voilà, quand la personne... Ben au niveau du traitement externe et des frais de séjour, oui, ça leur pose des problèmes parce que ça fait un dossier, un dossier perdu, ça fait une facture pour l'hôpital, une facture pour l'hôpital. Mais ils [les Roms] le savent, ils le savent, je pense que si, dès l'instant que vous leur demandez l'adresse, tout de suite ils pensent facture et ils se disent "pas d'adresse, j'habite chez Monsieur et Madame untel mais j'ai plus l'adresse" (rires) ! » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Clotilde, agent d'accueil aux urgences de l'hôpital public G, fait le même raisonnement : les patients qu'elle identifie comme roms refusent délibérément de préciser leur adresse alors qu'« apparemment ils ne sont pas pauvres du tout », ils cherchent donc à contourner la facturation des soins dont ils bénéficient à l'hôpital.

²⁴⁹ Dans le même ordre d'idée, Laurence, aide-soignante à l'accueil des urgences de l'Hôpital public P, considère que les « Roms » sont trop bien habillés pour mendier : « quand je les voyais dans le métro etc., je disais "attends, ils demandent de l'argent, ils sont propres sur eux, ils ont des baskets Nike, je veux dire, je veux bien mais vends ta basket, prends une basket moins chère et t'auras ton argent quoi". » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Même quand tu leur demandes "vous habitez où?", "ah ben, sur la place". Pour eux, tu dois savoir où ils sont "à [la ville de S], sur la place". Par contre, je pense que ces gens-là, ils ne paient pas de consultations. J'en suis certaine, parce qu'après on peut pas envoyer [de facture], bizarre. Après c'est la volonté [volontaire], parce qu'apparemment ils sont pas pauvres du tout. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

Ainsi, même lorsque les agents d'accueil laissent entendre que les patients qu'ils identifient comme roms seraient effectivement sans domicile fixe, ils les soupçonnent de mentir au sujet de leur domiciliation. De même, Ruben, aide-soignant responsable de l'accueil des urgences de l'hôpital P, considère que les patients qu'il identifie comme roms feignent l'incompréhension, ne font aucun effort pour faciliter le travail des professionnels à l'accueil des urgences, même pas celui de se déclarer sans domicile fixe – alors même qu'ils se présenteraient ainsi aux forces de police qui les arrêteraient régulièrement.

« [Les Roms] ils font pas d'efforts aussi, ils voient les choses, même s'ils parlent mal, ils font pas d'efforts pour bien parler, pour bien comprendre les choses. "Où est-ce que vous habitez ?", ils te regardent, ils savent même pas quoi répondre, ou ils veulent pas, mais ils peuvent dire, ils connaissent quand même le nom [mot] SDF, ils savent, attends ! Les flics, quand ils vont les contrôler, ils disent "on est des SDF", "vous habitez où ?", ils connaissent déjà parce que, la plupart, ils se sont déjà tous fait [contrôler] (...), donc ils connaissent déjà ces mots-là, ou quelques mots. Mais le problème c'est qu'au lieu de dire "je suis SDF" ou "j'habite dans la rue", ils font pas d'efforts. Les Roms, ils font pas du tout d'efforts, c'est ça qui est dommage ». Ruben, ~30 ans, aide-soignant, service d'urgences, Hôpital public P.

Les « Roms » sont ainsi décrits, par les agents d'accueil que nous avons rencontrés, comme des menteurs, des dissimulateurs et des fraudeurs potentiels. Les agents interrogés déduisent des mensonges et dissimulations supposés des « Roms » leur intention de profiter gratuitement de soins de santé prodigués par les établissements hospitaliers à l'accueil desquels ils travaillent. Les incohérences de leur raisonnement sur les prétendues « magouilles » de ces usagers révèlent la dimension raciste de leurs représentations au sujet des « Roms ».

1.1.3. Des incohérences révélatrices du racisme

Eduardo Bonilla-Silva remarque que « *des incohérences rhétoriques (par exemple : les erreurs de grammaire, les longues pauses, les répétitions, etc.) apparaissent dans tous les discours spontanés. Pourtant, le degré d'incohérence augmente de façon remarquable quand les personnes discutent de sujets sensibles. Et, parce que le nouveau climat racial en Amérique interdit l'expression ouverte de sentiments, opinions et positions fondés sur la race, quand les Blancs discutent de questions qui les mettent mal à l'aise, ils deviennent pratiquement incompréhensibles* »²⁵⁰. Il analyse ces incohérences rhétoriques (*rhetorical incoherences*) comme une conséquence du climat discursif racial *post-civil rights*¹ : elles seraient caractéristiques du *color-blind racism*. Dans le cas qui nous intéresse ici, les incohérences rhétoriques prennent rarement la forme de difficultés d'expression. Au contraire, les agents d'accueil que nous avons rencontrés sont généralement assez affirmatifs et déterminés dans leurs descriptions des manquements des « Roms » au rôle de « bon usager ». Des incohérences peuvent néanmoins être repérées dans l'enchaînement de leurs arguments, lorsqu'ils exposent leurs suspicions à l'égard des usagers présumés roms de contrevenir volontairement aux règles d'enregistrement à l'accueil des urgences pour profiter gratuitement des soins dispensés par le service. Ainsi, tous les agents d'accueil rencontrés mentionnent le fait que les patients qu'ils identifient comme roms pourraient être « sans-papiers » ou « SDF », voire nomades.

« [Les Roms] ce sont des personnes qui voyagent, elles ne restent pas qu'ici. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Des fois, ben, on voit comme des patientes [roms] qui vivent, qui ont pas d'adresse, qui vivent dans des caravanes ou qui sont aussi un peu dures à gérer. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pourtant, ils ne mentionnent jamais le mode de vie supposé nomade ou la situation socio-économique présumée difficile de ces usagers présumés roms pour expliquer leur refus de communiquer l'adresse de leur domicile lors de leur inscription administrative. Autrement dit, les agents d'accueil interrogés reprochent à des

²⁵⁰ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, op. cit. (Notre traduction)

personnes, dont ils estiment par ailleurs qu'elles n'ont pas d'adresse, de ne pas leur communiquer leur adresse.

Seules deux enquêtées relèvent ces incohérences rhétoriques, soulignant les préjugés racistes de leurs collègues qui accusent les usagers présumés roms d'imposture et de fraude. Fabienne, infirmière aux urgences générales de l'hôpital L, critique l'attitude de ses collègues qui interprètent le comportement des patients présumés roms comme une façon de profiter indûment des soins dispensés à l'hôpital. Pour elle, l'absence d'adresse fixe est caractéristique de l'identité rom. Elle met en relation les difficultés économiques et sociales qu'elle associe aux « populations roms » et les missions du service public hospitalier censé recevoir tous les usagers sans discrimination.

« [Des collègues] ils disent "mais ils en ont pas d'adresse". Ils ont pas d'adresse, c'est pour ça qu'ils sont Roms ! Je veux dire, mais ça c'est, faut un peu de jugeote. (...) T'as des admissionnistes, ouais, ou des infirmiers, "ils te donnent pas d'adresse, voilà, comme ça ils paieront pas". De toutes façons, ils ont pas l'argent pour payer, de toutes façons, ils ont pas d'habits, ils ont même pas d'adresse quoi, qu'est-ce que tu veux les emmerder quoi ! Franchement, faut arrêter ! (...) Et c'est ça, pour moi, c'est un non-sens quoi, c'est un non-sens de travailler ici et de penser ça. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Sylvie, aide-soignante en charge de l'accueil des urgences gynéco-obstétriques de l'hôpital L, dit, quant à elle, passer devant un « campement rom » tous les matins en se rendant au travail. Pour elle, les patients qu'elle identifie comme roms ne donnent que les informations dont ils disposent. Le fait qu'ils vivent « dans des campements de caravanes » rend impossible la déclinaison d'une adresse précise lors de leur enregistrement administratif aux urgences, tout comme la délivrance d'un courrier par la Poste.

« Ben, [les Roms] ils disent, moi, ils me disent "ben on vit dans le campement de caravanes", y'en a un [près du périphérique] je crois, j'en ai eu beaucoup, ils disent "ben voilà, on est là, on vit là". (...) On peut pas les facturer de toutes façons, ils sont pas facturables ces gens, ben non, ils sont, ils ont pas de sécu[rité sociale], ils ont pas, et puis ils vivent dans les caravanes, je vois pas la Poste aller déposer la facture (rires), des impôts peut-être ! » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pour ces deux enquêtées, les conditions de vie des « Roms » expliqueraient qu'ils ne déclarent pas d'adresse de domiciliation lors de leur inscription aux urgences. Pour tous les autres agents d'accueil interrogés, les « Roms » mentiraient sur leur identité et dissimuleraient volontairement leur adresse lors de l'enregistrement administratif afin de bénéficier gratuitement des soins dispensés par l'hôpital et

par le système social français en général. Ces incohérences argumentatives manifestent la force des préjugés racistes que ces professionnels hospitaliers nourrissent au sujet des usagers qu'ils identifient comme roms. Cette méfiance *a priori*, et généralisée à tous les membres présumés du groupe « rom », fait écho à ce que les auteurs de *L'inégalité raciste* appellent le « racisme de guichet » faisant référence à « *une application discriminatoire de règles qui ne le sont pas par elles-mêmes (que l'on songe aux contrôles plus "tatillons", aux exigences de "preuves" supplémentaires, à la non prise en considération de certaines réclamations ou aux soupçons a priori infligés aux minoritaires).* »²⁵¹ Comment expliquer ces incohérences argumentatives ? D'où provient cette idée, partagée par la grande majorité des agents d'accueil, que les « Roms » chercheraient à profiter indûment du système de soin français ?

1.2. Discours publics et frontière raciale

La méfiance des agents d'accueil à propos des usagers qu'ils identifient comme roms ne repose pas uniquement sur le fait que certains ne fourniraient pas d'identité ou d'adresse lors de leur arrivée aux urgences. Bien sûr, ce faisant les « Roms » échouent à remplir correctement leur rôle d'utilisateur et leur comportement constitue un obstacle indéniable à la pratique professionnelle d'agents dont le rôle est précisément de réunir ces informations. Pourtant, l'enjeu, tel qu'il est défini par les agents interrogés, dépasse le cadre de la prise en charge administrative puisqu'il s'agirait, selon eux, de protéger l'institution hospitalière contre des imposteurs qui chercheraient à bénéficier indûment du système de santé français. L'inclusion d'un enjeu relevant de la politique nationale d'immigration, et par conséquent *a priori* extérieur aux services et aux établissements enquêtés, suggère l'influence des représentations portées par les débats publics au sujet des « Roms »²⁵².

Selon Michel Wieviorka, « *l'extension et la gravité de la violence [raciste] dépendent de l'attitude et de la capacité des pouvoirs publics, mais aussi d'une éventuelle légitimité qu'apportent la libre diffusion de doctrines racistes ou*

²⁵¹ Véronique de Rudder, Christian Poiret, et François Vourc'h, *L'inégalité raciste*, op. cit., p. 41.

²⁵² Voir sur un sujet connexe : Alessandro Bergamaschi, « Attitudes et représentations sociales », *Revue européenne des sciences sociales*, 9 janvier 2012, vol. 49-2, n° 2, p. 93-122.

l'existence de partis politiques déployant plus ou moins explicitement une idéologie raciste »²⁵³. Les déclarations publiques émanant d'élus locaux ou nationaux et relayées par les médias au sujet des « Roms », ces dernières années, renforcent indéniablement les stéréotypes racistes, ou au moins stigmatisants, à l'égard de cette population. C'est également à cette conclusion qu'arrivent les auteurs du chapitre dédié aux Roms dans le dernier rapport annuel de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) : « *La haine des Roms est très liée à leur représentation médiatique. (...) Les médias donnent beaucoup d'importance aux comportements illégaux, aux combines, aux expédients. La classe politique aussi s'est focalisée sur les Roms, les a construits comme problème public, avec des prises de parole souvent très dures, renforçant une approche culturaliste supposant une incapacité des Roms à s'intégrer.* »²⁵⁴ Deux représentations nous intéressent particulièrement ici : les « Roms » comme migrants abusant des bénéfices sociaux français et les « Roms » comme délinquants refusant de s'intégrer à la société française. Ces représentations alimentent en effet les descriptions que les enquêtés font des usagers qu'ils identifient comme roms et de leurs supposées motivations à dissimuler leur identité.

1.2.1. Les Roms « abus[ent] du droit à la libre circulation »²⁵⁵

*« Le Tsigane n'est pas défini tel qu'il est, mais tel qu'il est nécessaire qu'il soit pour des nécessités d'ordre sociopolitique. (...) Le nomadisme notamment, réel ou supposé, pour le sédentaire est un danger et une perversion. »*²⁵⁶ Au cours des dernières années, les « Roms » ont fréquemment été présentés, au sein de l'espace public français, comme une population nomade ou, du moins, en constante circulation dans les différents pays européens. Les débats publics relatifs à l'aide au retour humanitaire (ARH) ont tout particulièrement nourri une représentation des « Roms » liant nomadisme et délinquance. Par exemple, au cours du « discours

²⁵³ Michel Wieviorka, *Le racisme: une introduction*, Paris, La Découverte, 1998, p. 68.

²⁵⁴ Nonna Mayer, Guy Michelat, Vincent Tiberj, et Tommaso Vitale, « Les Roms: les moins aimés », *op. cit.*, p. 206.

²⁵⁵ « Discours de Grenoble » prononcé par le Président Sarkozy le 30 juillet 2010. Disponible sur le site de *La Croix* : http://www.la-croix.com/Actualite/Monde/Discours-de-Nicolas-Sarkozy-a-Grenoble-_NG_-2010-08-02-555076

²⁵⁶ Jean-Pierre Liégeois, *Roms et Tsiganes*, Paris, Découverte, 2009, p. 30.

de Grenoble » de juillet 2010, Nicolas Sarkozy, alors président de la République française, décrit les « Roms » comme des migrants en situation irrégulière perpétuellement en mouvement de façon à profiter des aides sociales disponibles en France : *« chaque année, une dizaine de milliers de migrants en situation irrégulière, dont des Roms, repartent volontairement avec une aide de l'Etat. Et l'année suivante, après avoir quitté le territoire avec une aide de l'Etat, ils reviennent en toute illégalité pour demander une autre aide de l'Etat pour repartir. Cela s'appelle "un abus du droit à la libre circulation" »*²⁵⁷. Mise en place par la circulaire du 7 décembre 2006, l'aide au retour humanitaire (fréquemment qualifiée indûment de « prime au retour » dans les débats publics) accordait, sur demande, 300 euros par adulte et 100 euros par enfant mineur (en plus des frais de prise en charge du retour), aux étrangers ayant la nationalité d'un Etat membre de l'Union européenne, présents en France depuis plus de trois mois et en situation de dénuement ou de grande précarité. Reprenant une thèse largement répandue dans les médias²⁵⁸, un article du journal *Le Monde* affirme que *« dans les faits, ce dispositif concerne tout particulièrement les Roms, qui bénéficient depuis 2007 de la libre circulation au sein de l'Union européenne. En 2011, 10 608 personnes (8 567 adultes et 2 041 enfants) ont bénéficié de l'ARH, selon les chiffres de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (...). Parmi eux, 7 284 Roumains et 1 429 Bulgares. "Il s'agit principalement de personnes qui séjournent sur des sites ou campements illicites", précise le rapport de l'OFII »*²⁵⁹. En décembre 2012, le ministre de l'Intérieur, M. Valls, décide de réduire drastiquement le montant de cette aide qui, d'après lui, *« crée un circuit entre la Roumanie et notre pays »*²⁶⁰. Un article du *Figaro* précise alors les effets pervers de l'aide au retour humanitaire : *« selon les associations, la population rom en France, comprise entre 15 000 et 20 000 personnes, stagne car les expulsés reviennent*

²⁵⁷ Ibid.

²⁵⁸ Voir par exemple : « Créée en 2006 pour les Européens en situation de détresse, elle a concerné plus de 10 600 personnes en 2011, en grande majorité des Roms. » *Les aides au retour des sans-papiers fortement réduites au 1er février*, http://www.liberation.fr/societe/2013/01/21/les-aides-au-retour-des-sans-papiers-fortement-reduites-au-1er-fevrier_875534, consulté le 25 août 2014. *L'aide au retour « humanitaire » versée aux Roms qui acceptent de rentrer dans leur pays*, <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2012/12/09/97001-20121209FILWWW00063-romsaide-precisions-de-valls.php>, consulté le 25 août 2014.

²⁵⁹ François Béguin, *Aide au retour des Roms : quels sont les « effets pervers » du dispositif?*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/09/14/aide-au-retour-des-roms-quels-sont-les-effets-pervers-du-dispositif_1760651_3224.html, consulté le 24 août 2014.

²⁶⁰ *Vers la fin de l'aide au retour pour les Roms*, <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/12/07/01016-20121207ARTFIG00758-vers-la-fin-de-l-aide-au-retour-pour-les-roms.php>, consulté le 24 août 2014.

*« systématiquement »*²⁶¹. Les « Roms » sont ainsi décrits, dans les débats publics français récents, comme une population volontairement en constante circulation entre les pays d'Europe de l'Est – en particulier la Roumanie – et la France. Ils bénéficieraient ainsi continuellement d'une aide financière mise en place par le gouvernement français pour inciter les migrants démunis à retourner durablement dans leur pays. D'après les résultats d'une étude qualitative menée en 2013 par le CSA, pour la majorité des enquêtés, *« ce serait dans la culture des Roms d'habiter dans des campements et des bidonvilles à la périphérie des villes, ils seraient des mendiants et des « parasites » profitant du système d'aide sociale et qui s'enrichiraient dans leur pays grâce aux aides au retour. Ils seraient en même temps « hors système », car mendiants, clochards, voleurs et capables de profiter des différentes formes d'aide publique, tout en exploitant la générosité du Gouvernement français. »*²⁶² Ces représentations publiques au sujet des « Roms » se retrouvent également dans les arguments présentés par les professionnels hospitaliers, et notamment par les agents d'accueil que nous avons rencontrés, pour expliquer le comportement des usagers qu'ils identifient comme roms à l'accueil des services d'urgences.

Guilaine, l'agent comptable de l'Hôpital public L, explique la venue d'usagers qu'elle identifie comme roms dans les hôpitaux français par la « misère » qu'ils connaissent dans leur pays et les possibilités de migrations pendulaires offertes par la liberté de circulation en Europe. Elle affirme très clairement que ces usagers viendraient en France uniquement pour se faire soigner, le principe d'égalité d'accès aux soins deviendrait alors la « faille » d'un système dont les « Roms » profiteraient indûment.

« [Les Roms] ils ont quitté leur pays parce que, là-bas, c'est la misère, ils viennent en France, y'a plus besoin de visa, y'a plus besoin de permis, y'a plus rien, hein ils viennent, c'est la libre circulation et puis, en France, et ben vous savez que, dans les hôpitaux, vous êtes soigné, donc si vous avez le grand-père qui est malade, vous faites le voyage en caravane ou chais pas comment et vous arrivez en France et vous vous faites soigner, après vous repartez au pays. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

²⁶¹ Ibid.

²⁶² Nonna Mayer, Guy Michelat, Vincent Tiberj, et Tommaso Vitale, « Les Roms: les moins aimés », *op. cit.*, p. 204.

Les assistantes sociales détachées dans les services d'urgences sont directement concernées par les demandes d'aides sociales formulées par les usagers présumés roms. Evoquant le séjour d'une patiente identifiée comme rom en gynéco-obstétrique à l'hôpital L, l'assistante sociale du service se souvient principalement de ses réclamations concernant des aides sociales auxquelles elle ne pouvait pas prétendre.

« Ça s'est bien passé, à part qu'elle [la patiente rom] essayait de faire des choses pour avoir la CAF, pour avoir des aides, des aides, des aides, et puis rien ne fonctionnait puisque, nous, on lui expliquait constamment qu'elle rentrait pas dans [les critères d'attribution]. »
Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Dans la bouche de certains agents d'accueil interrogés, il s'agit de mettre un terme à ces pratiques frauduleuses qui permettraient à des populations migrantes d'abuser d'un système auquel elles ne contribueraient pas et dont elles ne partageraient pas les valeurs. Pour Océane, une auxiliaire de puériculture fréquemment détachée à l'accueil des urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L, les « Roms » viendraient en France pour profiter des aides sociales. Or, ces populations seraient « baignées de leur culture » qui s'avèrerait incompatible avec les valeurs françaises. Soulignant le « refus d'intégration » des populations « roms », cette professionnelle met l'accent sur leurs intentions frauduleuses supposées.

« [Les Roms] ils savent très bien qu'en France, y'a des aides, beaucoup d'aides pour eux et donc ils arrivent et ils demandent à avoir tout, euh c'est ça qui va être vraiment difficile à gérer, c'est des populations qui en fait arrivent et sont baignées de leur culture et ne veulent pas s'intégrer à la nôtre. » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Dolorès, l'aide-soignante chargée de l'accueil des urgences à l'hôpital public P, fait également le lien entre ce qu'elle estime être la dissimulation volontaire de leur adresse postale, l'intention de profiter frauduleusement des soins dispensés à l'hôpital et le manque d'intégration des populations roms : « Les Roms, eux, c'est le mensonge "je donne une fausse identité, comme ça je paierai pas". Ils ont jamais d'adresse (...). On sent bien que c'est des gens qui sont pas intégrés ». ²⁶³ En refusant de payer les soins dont ils bénéficient à l'hôpital, les Roms démontreraient

²⁶³ Carnet n°8, Entretien informel avec Dolorès, aide-soignante, SAU, hôpital public P, 23/11/2011.

leur extériorité à la société majoritaire et, par conséquent, confirmeraient leur illégitimité à bénéficier du système de soin collectif français.

1.2.2. Délinquance, refus d'intégration et défaut de solidarité

Les enquêtes justifient également leur perception des usagers « roms » comme cherchant à profiter indûment du système de soin collectif français en s'appuyant sur une représentation classique, presque mythique, des « Roms » comme délinquants, comme « voleur de poules »²⁶⁴. Jean-Pierre Liégeois relève la constance et la répétition de telles représentations racistes au sujet des « Roms et Tsiganes » : *« préjugés et stéréotypes sont largement diffusés, et la réalité manque de place entre le noir bohémien voleur de poules et le "Tzigane" d'opérette ou le Gitan flamenco. Mais dictionnaires, livres de lecture, presse et séries télévisées n'ont dit pendant des générations que ce qui serait le mieux entendu : ils n'ont fait que cristalliser ce qui était déjà largement diffusé dans une large opinion. Préjugés et stéréotypes formant le noyau de représentations sont ainsi omniprésents, caricature constante et répulsive du nomade, mêlée au mythe ambigu – quelquefois attirant – du Tsigane. Souvent, ceux qui expriment des opinions négatives ont conscience du refus qui est le leur mais n'assument pas le rejet : le raciste, c'est toujours l'autre. »*²⁶⁵ Ces préjugés et stéréotypes racistes à propos des « Roms » se retrouvent à l'état plus ou moins diffus, mais aussi parfois assumés en tant que tels, dans les témoignages des agents d'accueil que nous avons rencontrés²⁶⁶.

Guilaine, agent comptable à l'hôpital public L, dit avoir été éduquée dans l'idée que les « Roms » seraient des « voleurs de poules ». Sa conviction concernant le

²⁶⁴ « Une catégorie générale de racisme n'est pas une abstraction, menacée de perdre en précision et en pertinence historiques ce qu'elle gagne en universalité ; mais c'est une notion plus concrète, prenant en compte le polymorphisme nécessaire du racisme, sa fonction globalisante, ses connexions avec l'ensemble des pratiques de normalisation et d'exclusion sociale, comme on peut le montrer à propos du néo-racisme, dont l'objet privilégié n'est pas l'"Arabe" ou le "Noir", mais l'"Arabe (en tant que) drogué", "délinquant", "violet", etc., ou aussi bien le violeur et le délinquant en tant qu' "Arabes", "Noirs", etc. ». Etienne Balibar et Immanuel Wallerstein, *Race, nation, classe: les identités ambiguës*, Editions La Découverte, 2007, p. 71.

²⁶⁵ Jean-Pierre Liégeois, *Roms et Tsiganes*, op. cit., p. 31. Voir également sur ce sujet l'encadré « Le stéréotype au XXI^e siècle » : *Ibid.*, p.33.

²⁶⁶ D'après le rapport du CNCDH pour l'année 2013, « les Roms pâtissent d'une image de voleur (pour 78 % de notre échantillon en 2013, 71 % en 2012, ils "vivent essentiellement de vols et de trafics") ». Nonna Mayer, Guy Michelat, Vincent Tiberj, et Tommaso Vitale, « Les Roms: les moins aimés », op. cit., p. 204.

supposé refus d'intégration et la délinquance présumée de cette population est par conséquent fondée sur ce que lui a inculqué sa grand-mère quand elle était jeune.

« Ils ne se sont jamais intégrés les, euh les Roumains, c'est les Romanichels de dans le temps, c'est ceux qui venaient en caravane (...), y'a beaucoup de voleurs dans l'histoire... enfin, je sais pas, y'a aussi mon éducation qui dit que c'est des voleurs de poules, qu'il faut faire attention, mais quand même, à la campagne, c'était des voleurs de poules. » Guilaïne, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Cette représentation stéréotypée des « Roms », dont elle reconnaît qu'elle est peut-être surannée, l'incite tout de même à la méfiance. Elle explique le comportement des « Roms » à l'hôpital au travers de ce prisme : ils seraient toujours en groupe, sauf lorsqu'ils seraient occupés à voler quelque chose. La représentation du « Rom voleur » est ainsi pérennisée.

« Quand vous voyez des groupes de Roms, y'a toujours la mère, les enfants, les trucs, c'est rare qu'ils sont dissociés, ou alors ils sont dissociés parce que y'en a qui sont en train de voler par là-bas, les autres en train de faire autre chose, et les autres, ils surveillent. » Guilaïne, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Les agents d'accueil rencontrés ne fondent pas tous leur représentation des « Roms » sur ce type d'enseignements familiaux. Afin de démontrer le bien-fondé de cette réputation de voleurs, Ania, aide-soignante aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L, rapporte les actes délinquants, perpétrés par des personnes qu'elle identifie comme « roms », dont elle dit avoir été témoin dans des lieux publics²⁶⁷. Pour elle, les « Roms » sont des « voleurs professionnels », le vol à la tire est un « métier » qu'ils apprennent et mettent en pratique dès leur plus jeune âge.

« J'ai pris le métro un jour (...) et, à côté, je vois des filles qui parlent, on dirait un petit peu italien et je regarde, je dis "ah bon c'est ça", parce que le roumain ça ressemble, y'a des racines [communes], ça ressemble un petit peu, et donc moi je dis (ton ironique) "oui, oui, c'est ça, des Italiennes !", et puis je me suis poussée en arrière, j'ai pris mon sac comme ça (fait le geste d'agripper son sac sur son ventre), (...) et moi, je me suis mise un petit peu à l'écart parce que je me suis dit "attention les poches !". (...) Y'avait un homme, jeune en fait, je sais pas, trente ans, (...) il avait des poches partout, et on voyait qu'il y avait quelque chose dans les poches en fait. Et tou[te]s les trois, je te dis, les mains (geste de palper), à trois, [elles] l'ont fait à trois, (...) [elles] font les poches, à trois, il est revenu comme ça, il regarde, et comme il était tétanisé en fait, il comprenait pas parce qu'il a senti qu'on lui fait les poches, il était là comme ça, et les filles sont sorties. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

²⁶⁷ Le recours à l'expérience personnelle vécue permet souvent de justifier les propos xénophobes. Voir à ce sujet : Philippe Guibert et Alain Mergier, *Le descenseur social: enquête sur les milieux populaires*, Plon, 2006, p. 102-103.

Ania déduit de cet événement le comportement probable des populations présumées roms à l'hôpital : « S'ils savent faire les poches [dans le métro], quelle différence à l'hôpital ? ». D'autres enquêtés rapportent « ce qu'ils entendent » de la part de leurs collègues ou « ce qu'ils voient à la télévision » à propos des « Roms ». Latifa, infirmière aux urgences de l'hôpital L, marque bien la différence entre, d'une part, les médecins d'origine roumaine avec qui elle travaille et, d'autre part, les « gens qui arrivent en groupe », que ses collègues désignent comme « Roms », et qui seraient caractérisés par leur indiscipline, leur nombre et leurs dispositions pour le vol.

« [Les Roms] ils sont mal vus, mais je parle des gens qui arrivent comme ça, en groupe et tout. T'as des gens, moi, je travaille même avec des médecins qui sont de Roumanie, qui sont formidables. C'est vraiment la population qu'on a ici aux urgences de [l'hôpital L], c'est pas... et comment ils sont étiquetés, oui je crois qu'ils sont étiquetés comme une population indisciplinée. (...) C'est plus ce que j'entends en fait, c'est "ah, mais c'était des Roms", "oh la la ! Ils vont encore arriver à quinze", "oh ! Tu crois qu'elle a vingt ans, elle ? Non mais attends !", "Ah bah, elle a mal là ? Ben, c'est bien fait pour elle, elle a dû voler un truc dans le métro et elle a dû...", voilà. Et puis, c'est vrai aussi tout ce que tu vois à la télé, tu sais toutes ces populations de Roms mineurs, de bandes. Nous, c'est ceux qu'on a ici, on reçoit pas que ça, mais c'est celle qui me vient le plus à l'esprit, parce que j'ai quand même de la peine quand je me dis "c'est des enfants", enfin, pour moi, c'est des gamines quoi, c'est beaucoup de filles, des fois t'as un garçon et puis t'as six filles voilà. Donc voilà, ils ont une étiquette un peu de voleurs, de pas confiance, de... de pickpockets, enfin voilà. »
Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Latifa s'appuie notamment sur ce qu'elle a vu à la télévision à propos de bandes de « Roms mineurs » pour expliquer l'étiquette de « voleurs », de « pickpockets » assignée aux usagers identifiés comme roms par ses collègues. Ces soignantes mentionnent toutes les deux des jeunes filles présumées roms qui voleraient à la tire dans le métro et dans des lieux touristiques parisiens. Ces détails rappellent fortement l'affaire des « petites voleuses du clan Hamidovic ». Cette affaire très médiatisée au cours des dernières années concerne des jeunes filles mineures présentées comme roms, qui auraient été forcées par les membres d'un « clan » à pratiquer collectivement le vol à la tire dans des lieux publics parisiens sous peine de brutalités physiques. Ce fait divers a fait l'objet d'une importante diffusion médiatique, notamment à l'époque à laquelle les entretiens avec Latifa et Ania ont été réalisés²⁶⁸.

²⁶⁸ Voir par exemple : *Un réseau parisien de voleurs à la tire démantelé*, http://www.lepoint.fr/societe/un-reseau-parisien-de-voleurs-a-la-tire-demantele-01-12-2010-1269142_23.php, consulté le 7 mai 2014. *Toutes les ados*

Les témoignages des agents d'accueil rencontrés font ainsi fréquemment écho aux représentations des « Roms » alliant nomadisme et délinquance, relayées par les médias et commentées par les acteurs politiques français au cours des dernières années. De nombreuses déclarations d'élus²⁶⁹ présentent les « Roms » comme une population vivant en marge de la société française, refusant de s'y intégrer et par conséquent susceptible de perpétrer des délits à l'encontre des membres de la société majoritaire. Par exemple, en mars 2013, le ministre de l'Intérieur, Manuel Valls, formalisait un lien entre refus d'intégration, différence culturelle et délinquance des « Roms » en affirmant : « *hélas, les occupants des campements ne souhaitent pas s'intégrer dans notre pays pour des raisons culturelles ou parce qu'ils sont entre les mains de réseaux versés dans la mendicité ou la prostitution* »²⁷⁰. Ces représentations alliant refus d'intégration et délinquance présumés ne sont que des versions modernes de l'image classique du « voleur de poules ». L'idée que les « Roms » constitueraient une menace pour la société française est transposée par les enquêtés dans leur univers professionnel faisant des usagers présumés roms les membres d'un groupe réfractaire, dont la société

s'appellent Hamidovic, http://www.liberation.fr/societe/2010/12/29/toutes-les-ados-s-appellent-hamidovic_703512, consulté le 7 mai 2014. *Un réseau d'enfants roms contraints de voler démantelé à Paris*, http://www.liberation.fr/societe/2012/09/25/un-reseau-d-enfants-roms-contraints-de-voler-demantele-a-paris_848770, consulté le 7 mai 2014. *Une centaine de « petites voleuses du métro » interpellées*, <http://www.leparisien.fr/paris-75/une-centaine-de-petites-voleuses-du-metro-interpellees-28-12-2010-1205746.php>, consulté le 7 mai 2014. Yves Bordenave, *Au procès d'un réseau de pickpockets : « Voler, manger, voler, c'est ma vie »*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/04/08/voler-manger-voler-c-est-ma-vie-a-raconte-vasvija-28-ans-au-proces-du-reseau-de-pickpockets-hamidovic_3155950_3224.html, consulté le 7 août 2014.

²⁶⁹ En août 2010, lors d'une conférence de presse commune, les ministres de l'Intérieur et de l'Immigration, Eric Besson et Brice Hortefeux présentaient les Roms comme des étrangers constituant une menace à l'ordre public français. Après avoir précisé que « *notre droit ne connaît les étrangers qu'à raison de leur nationalité. Les Roms ne sont pas considérés en tant que tels, mais comme des ressortissants du pays dont ils ont la nationalité* » et « *le traitement réservé à ces personnes n'a aucun lien avec leur appartenance réelle ou supposée à la communauté rom* », Eric Besson a annoncé une mesure ouvrant « *la possibilité de reconduire aux frontières des étrangers en cas de menace à l'ordre public à l'occasion d'actes répétés de vols ou de mendicité agressive* ». A sa suite, Brice Hortefeux a cité une série de statistiques pour justifier cette politique. Selon lui, les actes de délinquance perpétrés par des Roumains auraient augmenté de 259 % en 18 mois à Paris : « *Aujourd'hui, à Paris, la réalité est que près d'un auteur de vol sur cinq est un Roumain* » et « *un vol commis par un mineur sur quatre l'est par un mineur roumain* ». *Expulsion de Roms : Hortefeux et Besson enfoncent le clou*, <http://www.leparisien.fr/politique/expulsion-de-roms-hortefeux-et-besson-enfoncent-le-clou-30-08-2010-1048504.php>, consulté le 7 mai 2014.

²⁷⁰ Pour M. Valls, *les Roms qui occupent les campements ne souhaitent pas s'intégrer*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/03/15/pour-m-valls-les-roms-ne-souhaitent-pas-s-integrer_1849054_3224.html, consulté le 7 juin 2014. Quelques mois plus tard, l'ancien ministre et actuel maire de Nice s'interroge à son tour sur la légalité des revenus qui permettent aux « Roms » de s'offrir « *ces belles et grosses voitures avec lesquelles ils tirent leurs belles et grosses caravanes pour lesquelles les Français, il faudrait quelquefois toute une vie pour se payer la sienne* ». *Estrosi s'en prend à l'islam et aux Roms*, http://www.lepoint.fr/politique/christian-estrosi-veut-mater-les-roms-de-nice-07-07-2013-1701453_20.php, consulté le 7 août 2014.

française n'aurait pas su se protéger et qui « profiterait au maximum » du système de santé français²⁷¹.

« Je pense qu'ils [les Roms] sont plus, c'est pas plus malins que nous mais... ils ont trouvé une faille pour venir se faire soigner gratuitement, se faire héberger, profiter de nous au maximum et on n'a pas su se protéger. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

L'explicitation de la double frontière raciale et morale à l'encontre des « Roms » est ici exprimée par Guilaine, agent comptable aux urgences de l'Hôpital public L, en des termes quasiment belliqueux : elle souligne la nécessité de se protéger contre ces *outsiders*²⁷² « plus malins » qui « profitent au maximum » du système de santé français. Howard Becker note que « *lorsque des personnes étiquettent quelqu'un comme déviant, il arrive souvent que cette identification devienne l'aspect le plus important de la personne étiquetée* »²⁷³. Pour ces enquêtés, la représentation des « Roms » comme voleurs potentiels prend le pas sur leur identité de patients. La frontière morale qu'ils tracent autour de ce groupe n'est alors plus uniquement fondée sur la valeur d'honnêteté, mais également construite à partir de l'intention frauduleuse supposée : les agents d'accueil interrogés suspectent les usagers qu'ils identifient comme roms d'infraction au principe de solidarité qui sous-tend le système de santé français. Or, les agents d'accueil des urgences sont en première ligne face aux conséquences concrètes de ces tentatives de fraudes.

1.3. Les agents d'accueil démunis face à des situations dysfonctionnelles

Les agents d'accueil sont les premiers professionnels hospitaliers à prendre en charge les usagers présumés roms lorsqu'ils se présentent aux urgences. Ils sont, par conséquent, les premiers à pâtir, dans leur travail quotidien, des mensonges

²⁷¹ Voir également à ce sujet les propos des enquêtés d'Estelle Carde : « *Les "Européens de l'Est" sont décrits par l'assistante sociale d'une association comme particulièrement exigeants voire agressifs dans leurs demandes de droits et de prestations socio-sanitaires : "ils arrivent avec des fascicules tout prêts sur lesquels sont marqués les droits auxquels ils peuvent prétendre quand ils arrivent sur le territoire français, dans leur langue. On s'est vraiment posé la question et on est sûr maintenant que ça existe, car ils ne savent pas parler le français, mais ils connaissent les mots comme "Ame", aide sociale à l'enfance."* (Rires.) » Estelle Carde, « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, 1 septembre 2006, vol. 16, n° 2, p. 64.

²⁷² « Quand un individu est supposé avoir transgressé une norme en vigueur, il peut se faire qu'il soit perçu comme un type particulier d'individu, auquel on ne peut faire confiance pour vivre selon les normes sur lesquelles s'accorde le groupe. Cet individu est considéré comme étranger au groupe (outsider). » Howard Saul Becker, *Outsiders: études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 1985, p. 25.

²⁷³ Howard Saul Becker, *Écrire les sciences sociales*, Paris, Economica, 2004, p. 149.

présupposés de ces usagers quant à leur identité et leur domiciliation. Ils portent, devant l'ensemble de leurs collègues du service, la responsabilité de l'inscription administrative de ces usagers, et par conséquent des risques sanitaires et professionnels potentiels en cas d'enregistrement d'informations erronées. Conséquence évidente de cette organisation du travail²⁷⁴ dans les services d'urgences enquêtés : les agents d'accueil ont toutes les raisons de se méfier d'usagers qu'ils perçoivent comme susceptibles de présenter une carte vitale ne leur appartenant pas afin de bénéficier des soins prodigués à l'hôpital sans en payer le coût financier. Cette pratique, très répandue aux dires des enquêtés travaillant dans des services d'urgences, serait une source de difficultés professionnelles pour les agents d'accueil. Non seulement, elle nuirait à la qualité de leur propre travail d'inscription administrative, mais elle mettrait en péril la qualité des soins prodigués, et par conséquent, la responsabilité professionnelle des autres membres de l'équipe soignante.

1.3.1. Contraintes à réaliser « un mauvais travail »

L'authenticité des informations recueillies à l'accueil des urgences est un enjeu majeur pour les établissements hospitaliers. Le dossier du patient établi à l'accueil des urgences permet le suivi du patient, tant sur le plan médical qu'administratif, durant toute la durée de sa prise en charge dans l'établissement et, finalement, autorisera la facturation des soins prodigués. Les agents d'accueil sont responsables du recueil de ces données. Or, essayer d'obtenir de la part d'usagers migrants en situation irrégulière et/ou sans domicile fixe, de la part d'usagers démunis qui craignent de voir leur situation dévoilée, des informations qu'ils ne possèdent pas ou dont ils craignent que la divulgation ne les mette en danger (par exemple, de se faire expulser) n'est pas aisé²⁷⁵. Les agents d'accueil interrogés à ce sujet disent à plusieurs reprises devoir rappeler à ces usagers qu'ils ne demandent pas ces informations en vue de les dénoncer, mais uniquement pour leur assurer une meilleure prise en charge. On a déjà vu que Latifa, l'infirmière des urgences

²⁷⁴ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 206.

²⁷⁵ « On est dans un secteur où il y a pas de mal de personnes qu'on dit "cas sociaux" donc, quand y'a pas de travail, donc pas de sécurité sociale, voilà donc on a beaucoup de sans-papiers, beaucoup de, voilà donc c'est, des fois, un peu dur. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

de l'Hôpital public L, estimait que son interrogatoire était « faussé » par les mensonges présumés des « bandes de mineurs roms » à qui elle avait « envie de leur dire "on n'est pas de la police, on n'est pas là pour vous flicker" ! »²⁷⁶. Cette référence aux contrôles policiers revient fréquemment dans la bouche des enquêtés en charge de l'accueil administratif.

« Je dis "mais on n'est pas flics, c'est juste qu'il faut bien vous entrer sur l'ordinateur" et qu'on a besoin de pas mal de renseignements pour pouvoir vous valider. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Quand, malgré leurs efforts pour rassurer l'utilisateur, les agents d'accueil ne parviennent pas à obtenir des informations relatives à l'identité de l'utilisateur qui leur semblent crédibles, ils doivent se résoudre à l'« inscrire sous X ». Ce qui est décrit par Charlotte, une élève-infirmière en stage aux urgences de l'Hôpital public L, comme une procédure administrative « plus compliquée ».

« C'est super gênant dans la prise en charge pour l'administration en fait, parce qu'il faut que ça soit très rempli au niveau administratif, quand tu inscrais une personne, il faut donner ta carte d'identité, ta carte vitale, ta carte de mutuelle, et quand t'as pas tout ça, bah faut faire autre chose en fait, une autre prise en charge, et c'est plus compliqué et après t'es obligé d'inscrire sous X parce que t'as pas d'identité et au niveau de la paperasserie on va dire, c'est, ben c'est différent en fait, c'est juste que ça fait faire des choses différentes pour la prise en charge. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

Notons dès à présent, même si nous y reviendrons plus en détails ultérieurement, le caractère subjectif de l'appréciation portée par les agents d'accueil sur les informations données par les usagers. En effet, comme nous l'avons vu en début de chapitre, il est toujours possible d'enregistrer administrativement un usager dans l'incapacité de produire une pièce d'identité, en utilisant les informations qu'il déclare oralement. Toutefois, dans certains cas, « quand vraiment personne n'est sûr », une mention particulière est portée sur le dossier soulignant le caractère « incertain » des informations portées dans le dossier.

« Quand vraiment personne n'est sûr, on met "identité incertaine", comme ça on sait qu'il faut pas trop se baser sur ces informations, parce que la personne, elle peut comme ça vous donner n'importe quelle [information], vous allez leur poser des questions, ils vont vous dire ce qui leur vient par la tête mais vous êtes pas sûr que c'est eux, des fois c'est l'identité d'un cousin, d'un frère ou quelque chose qu'ils ont carrément inventé. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

²⁷⁶ Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Puisque, comme l'observation a permis de l'établir, cette mention n'est pas portée sur tous les dossiers remplis à partir de données déclaratives, on peut s'interroger sur le critère qui préside à l'imposition de la mention « identité incertaine » sur certains dossiers. Qui sont, aux yeux des agents d'accueil, les usagers dont les déclarations sont jugées fiables et, au contraire, les usagers suspectés de mentir au sujet de leur identité ?

En tout état de cause, les agents d'accueil répètent fréquemment, au cours des entretiens, qu'ils ne peuvent pas réaliser leur travail correctement dans de telles conditions. Latifa, infirmière aux urgences de l'Hôpital public L, revient à plusieurs reprises au cours de l'entretien sur cette question de l'identité des patients qu'elle identifie comme roms. Elle exprime la lassitude et la frustration qu'elle ressent à ne pas pouvoir « faire son métier jusqu'au bout ». Ici, par exemple, elle évoque un(e) patient(e) présumé(e) rom dont l'identité – sexe compris – serait restée mystérieuse malgré ses multiples passages aux urgences.

« Je me souviens y'avait quelqu'un qui venait, il était comme un mec, il était habillé comme un mec, il était souvent accompagné d'un vieux et en fait non, c'était une fille, mais il était comme un mec, voilà, à la garçonne, il parlait comme ça comme un mec et en fait c'était une fille, il était souvent accompagné d'un vieux pfff, ça faisait un peu louche comme ça... je le vois plus, il était venu plusieurs fois, il avait souvent des douleurs abdominales et il disait (imite un accent « rom ») "oui c'est son père, c'est son machin", mais t'as pas toujours une identité donc t'as pas... (...) T'as l'impression de faire ton métier pas jusqu'au bout, enfin moi c'est ce que je ressens des fois, voilà. » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

De même, Corinne, agent administratif dans le même service, répète que la création d'un dossier administratif en l'absence de pièce d'identité de l'utilisateur constitue du « mauvais travail ». Elle énumère les erreurs « dans le nom, dans la date de naissance » qui sont susceptibles d'entacher l'enregistrement et les problèmes qui risquent d'apparaître au cours des prochains passages du patient dans l'établissement.

« Vous faites pas du travail correct, vous travaillez sur des renseignements donnés oralement et vous avez aucune certitude. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

« On est obligé de faire avec, si la personne elle a pas de papiers, elle a pas de papiers, moi, j'ai toujours travaillé comme ça. Mais c'est, c'est pas, dès le départ, vous faites un mauvais travail parce que vous avez pas de papiers, vous avez rien pour faire un dossier correct. Le problème c'est que, si la personne elle revient dans un état plus grave, vous vous rebasez sur le dossier que vous avez déjà fait et vous vous rendez compte que c'était pas ça, parce que c'est pas du tout la même personne, y'avait une erreur dans le nom, dans la date de

naissance... Dès le départ, tout est faussé, dès l'instant qu'il y a pas de papiers. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Les incertitudes concernant l'authenticité des données recueillies oralement auprès des usagers qui ne fournissent pas de pièce d'identité lors de leur enregistrement administratif aux urgences constituent une source d'anxiété, de contrariété et de frustration professionnelle pour les agents d'accueil rencontrés. Non seulement, ils ne peuvent pas « faire du travail correct », et par conséquent échouent à accomplir la tâche de recueil de données qui est la leur, mais en plus, les conséquences en cas d'erreurs (induites par l'utilisateur ou non) sont jugées considérables sans qu'ils ne puissent faire quoi que ce soit pour l'éviter.

1.3.2. Risques sanitaires et responsabilités professionnelles

Les professionnels en charge de l'accueil des patients et de l'élaboration de leur dossier administratif relatent de quelle façon des migrants en situation irrégulière (parmi lesquels des usagers qu'ils identifient comme roms) se présentent à l'hôpital avec de faux papiers ou des papiers appartenant à un de leurs proches. Selon eux, ces patients espèrent ainsi accéder aux soins tout en maintenant leur anonymat afin d'éviter l'expulsion du territoire français. L'utilisation de la carte vitale d'un proche leur permet également de compter sur le système de sécurité sociale pour régler le coût de leur prise en charge médicale. Toutefois, ces pratiques présentent de nombreux risques pour la santé du patient, qui est alors pris en charge selon les indications du dossier médical du détenteur officiel de la carte vitale : ses antécédents, ses pathologies chroniques, ses allergies, son groupe sanguin, etc. Ce cas de figure est une grande source d'inquiétude pour les professionnels que nous avons rencontrés. Corinne, agent administratif aux urgences de l'hôpital L, explicite les risques encourus par le patient qui présente une carte vitale dont les informations, relatives à quelqu'un d'autre, risquent d'induire les soignants en erreur.

« C'est aussi bien pour le patient que pour nous, si le patient il revient, hospitalisé, il est perfusé ou autre, s'il est transfusé, dès le départ tout est faux, vous êtes même pas sûr de sa vraie identité » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

De même, Mathieu Dubet, le cadre infirmier des urgences de la clinique E, raconte comment le partage d'une carte vitale entre les membres d'une famille présumée

rom aurait pu coûter la vie à un patient. Notons que l'enregistrement administratif de ce patient a certainement été réalisé par Eugénie, l'agent d'accueil, susceptible par conséquent d'être considérée comme responsable de cette défaillance.

« Y'a quelques années, on avait une famille [rom] qui se passait la carte vitale. On l'a pas su tout de suite. Un jour, on a un patient qui vient pour une hémorragie digestive, quand il vomissait, il vomissait du sang, et quand il allait aux toilettes, il avait la diarrhée, c'était du sang tout ça. On a fait la prise de sang, dans la prise de sang, il était, tu voyais très bien, il avait une anémie grave, il fallait qu'on le transfuse en urgence. On lui a fait la carte de groupe, qu'on envoie à notre laboratoire, le labo dit "ah, pap, pap, pap, vous vous êtes trompé, vous avez pas prélevé le bon patient, parce que, le patient, la dernière fois qu'il est venu, il était B positif, là il est A négatif", "C'est pas possible, j'étais là, c'est moi qui ai prélevé, c'est le bon patient !". Je vais voir le patient « est-ce que, monsieur, vous êtes bien monsieur un tel un tel ? », "oui, oui, oui", "donnez-moi votre date de naissance", "Ta ta ta", "non, c'est le bon patient, d'accord, j'envoie quelqu'un du labo qui va venir le re-prélever". Donc, ils re-prélevent le patient, c'est bizarre, le patient il est B positif, au lieu d'être A négatif comme il était la dernière fois qu'il est venu. Et là, tu perds un temps fou, une carte de groupe, on met parfois du temps à le faire, tu sais le temps de savoir, le temps que je cherche le sang, qu'on le fasse aller chercher à [l'hôpital D] pour revenir ici, les gens, ils se rendent pas compte de la gravité du, de la chose. Et, ce patient qui s'était passé la carte vitale de je sais pas qui, euh, on a perdu un temps fou, il aurait pu y passer, alors, "y passer" entre guillemets parce qu'on a des stocks de O nég[atif] qu'on peut passer à tout le monde, mais les gens, ils voient pas cette importance-là. » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

Du fait de la pathologie pour laquelle il se présente aux urgences, ce patient utilise une carte vitale dont les données présentent un danger mortel pour lui : un groupe sanguin différent du sien. Lorsque le résultat contradictoire revient du laboratoire, le cadre du service interroge le patient qui lui confirme son identité d'emprunt, malgré le risque encouru. Le cadre énumère les différentes étapes de vérification – autant de travail en plus pour les équipes de soin – et s'inquiète de la désinvolture de ces patients qui n'ont pas conscience des conséquences d'un tel échange de documents pour leur propre santé. Son témoignage dévoile l'impuissance des agents d'accueil confrontés à ces pratiques dangereuses. Guilaine souligne elle aussi l'inconscience de certains patients qui « se moquent » des professionnels hospitaliers qui tentent de les mettre en garde contre ce genre de pratiques.

« Ils se moquent de vous, ils vous disent "j'ai pas de pièce d'identité", ils vous donnent, ils viennent pour faire l'hospitalisation avec la carte vitale de quelqu'un d'autre, et vous essayez de leur expliquer que c'est dangereux parce qu'à l'hôpital, avec ça, on fait un dossier et que, si ils le prêtent à un copain ensuite, si ils l'ont emprunté, l'autre a pas les mêmes maladies, a pas le même groupe sanguin, et ça, c'est mortel. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Alors qu'elle énumère les spécificités de la prise en charge des femmes qu'elle identifie comme roms, Sylvie, aide-soignante en poste à l'accueil des urgences

gynéco-obstétriques à l'Hôpital L, s'attarde elle aussi sur la question du partage des papiers entre patients.

« Y'a des dames qui viennent, qui ont prêté leurs papiers à des copines qui se sont fait opérer, et qui ont pas les mêmes groupes sanguins qu'elles, voilà. Ça m'est déjà arrivé, une heure et demie à dépatouiller tout le problème voilà, parce que, elle, elle avait eu une césarienne, elle a passé ses papiers à sa copine pour faire une IVG et elle est revenue pour une grossesse qui saignait, donc on avait, en fin de compte, des groupes différents (...). On est obligés de la repiquer, parce que, déjà, on la pique une première fois, mais c'est là que la banque du sang nous appelle en nous disant "ben y'a un souci parce qu'on a le même nom mais deux groupes différents", donc, on est obligés de repiquer la patiente, qui ne comprend pas, qui dit "non, c'est pas vrai !", enfin bon. Retrouver, essayer de retrouver les dossiers, parce que moi, en fin de compte, j'avais fait des recherches, j'avais retrouvé le dossier de la patiente, retrouver le dossier de sa copine qui avait fait l'IVG, comme ça on voyait bien que c'était exactement le même nom, prénom, date de naissance, adresse, tout, tout, tout est identique, mais on voyait bien que les deux groupes [sanguins] étaient [différents] : y'avait un plus et un moins alors... (...) Donc après, prévenir tous les labos qu'en fin de compte, c'était une usurpation d'identité parce qu'ils vont se retrouver avec des bilans, bon encore la biochimie, l'hémato, ça va, mais la banque du sang, ben si la dame à qui elle a pris ses papiers revient pour une autre raison, ben si elles ont pas le même groupe et ben voilà, on est encore repartis dans des soucis. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Cette aide-soignante en charge de l'inscription administrative des patients insiste sur la charge de travail, les « soucis » que les cas d'usurpation d'identité induisent pour elle : gérer la situation avec la banque du sang, rechercher les dossiers médicaux correspondants, modifier les dossiers en fonction des résultats de la nouvelle prise de sang, prévenir les laboratoires d'analyse, la banque du sang, etc. Les dénégations des patientes en dépit des preuves accumulées ne font qu'accentuer le sentiment de Sylvie de « subir » cette situation.

Si les usurpations d'identité induisent principalement des risques pour la santé des patients pris en charge, les agents d'accueil rappellent que ces situations provoquent également un surcroît d'inquiétude et de travail pour tous les professionnels du service. Corinne, l'agent administratif des urgences de l'Hôpital L, remarque ainsi que la création d'un dossier d'inscription à partir d'informations inexactes provoquera un risque, en termes de responsabilité, pour tous les professionnels qui prendront en charge le patient concerné après elle.

« Vous êtes obligé de faire avec ça [les informations déclarées oralement] mais vous êtes même pas sûr si c'est vraiment cette personne-là. Tout le monde [tous les professionnels du service] travaille, quand la personne n'a pas de papiers, tout le monde travaille comme ça, à vue, donc même eux [les autres membres de l'équipe soignante], ils font des examens, ils sont même pas sûrs que ça soit ça. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Tout en étant « obligée de faire avec », le fait qu'elle n'aura pas pu mener à bien la tâche qui lui incombe aura un impact sur le travail de toute l'équipe. De même, Nina, l'agent d'accueil des urgences de l'Hôpital P dit craindre de se « prendre tout à la gueule » lorsqu'elle procède à l'enregistrement administratif de patients qu'elle identifie comme roms. En effet, les médecins du service vont prendre en charge ces patients en se fondant sur les informations qu'elle aura saisies dans le dossier d'inscription. Informations qu'elle aura elle-même recueillies suite à leurs déclarations orales, sans disposer d'aucun moyen d'en vérifier la véracité. Elle soulève la question de la responsabilité professionnelle, la sienne et celle des médecins, qui sera engagée en cas d'usurpation d'identité provoquant un danger pour la santé du patient.

« Nous, quand on les inscrit [les patients roms], donc c'est nous qui prenons tout à la gueule parce que, enfin à la figure, on leur dit "écoutez, vous avez pas de pièce d'identité, vous avez rien, bon je vais enregistrer ce que vous me donnez, vous me dites votre nom, vous l'écrivez, si vous savez écrire, vous l'écrivez, je le re-marque sur l'ordinateur, l'année de naissance et c'est tout, et puis comme vous avez pas de domicile, bon je mets SDF", enfin je leur dis pas mais je dis "bon, ok, vous avez pas de domicile, ok, c'est pas grave". Je marque SDF, j'enregistre, je sais qu'après il sera orienté vers l'assistante sociale. (...) Le médecin va le prendre en charge, il lui fera les soins qui faut, parce que des fois, comme ils ont pas d'identité, ça peut être l'identité de son frère, de n'importe quelle personne, donc tu sais pas, si jamais y'a un danger, quelque chose, on fait des soins et si c'est pas la bonne personne... » Nina, ~30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Les agents d'accueil sont conscients des risques encourus par les patients en cas d'usurpation d'identité et des répercussions potentielles en termes de charge de travail et de responsabilité professionnelle pour tous les membres du service. Ils considèrent que le recueil des données nécessaires à l'enregistrement administratif d'un usager relève de leur compétence et se sentent responsables de leur authenticité vis-à-vis des autres membres de l'équipe, alors même qu'ils ne disposent d'aucune marge de manœuvre pour vérifier leur exactitude ou contraindre les usagers à leur fournir des preuves de leur identité. Afin de réduire les risques et de « faire du travail correct », les agents d'accueil adoptent alors une attitude empreinte de méfiance envers les usagers qu'ils estiment susceptibles de mentir sur leur identité ou de présenter des documents qui ne sont pas les leurs.

1.4. La défense de l'institution par les « fragiles »

Lorsqu'ils évoquent leurs relations avec des usagers qu'ils identifient comme roms, le principe d'égalité de traitement se teinte de distance dans la bouche de certains agents d'accueil des urgences.

« Pour moi, c'est comme les autres, sauf que je me méfie un peu, je fais attention à mes poches (rires), voilà, mais c'est tout. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« C'est vrai que, j'ai été confrontée à eux, ils peuvent être des voleurs, oui si. Il faut pas les tenter quoi, en fait, faut pas. Ils sont très sympas, mais il faut pas les tenter, faut pas être trop chaleureux avec eux, parce que sinon, voilà ça y est. Ils peuvent voler, oui, ça oui. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Comment expliquer cette méfiance, cette nécessité « de ne pas être trop chaleureuse », de « se méfier un peu » des patients qu'ils identifient comme roms, revendiquée par les agents d'accueil que nous avons rencontrés ? Ces discours ouvertement racistes révèlent en réalité la fragilité sociale de ces enquêtés et leur volonté de se démarquer de patients qui, de par leurs conditions de vie et leurs difficultés socio-économiques, leur ressemble finalement plus qu'ils ne le souhaiteraient.

1.4.1. La distinction des « fragiles » face aux « profiteurs »

La majorité des enquêtés remplissant la fonction d'agent d'accueil dans des services d'urgences n'a pas choisi d'exercer à ce poste, ou bien a choisi cet emploi sous contrainte. Partageant « un sentiment d'infériorité sociale »²⁷⁷, les agents d'accueil que nous avons rencontrés peuvent être désignés comme des « fragiles »²⁷⁸ de la hiérarchie hospitalière. Voyons, à titre d'exemple, le profil et le parcours de Clotilde, Sylvie et Dolorès, agents d'accueil dans trois des établissements enquêtés.

Clotilde est agent du service hospitalier (ASH) en charge de l'accueil des urgences de l'Hôpital public G. Elle est issue d'une famille d'aides-soignants, son père et sa

²⁷⁷ Serge Paugam, *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 2009, p. 53.

²⁷⁸ *Ibid.*

mère (respectivement martiniquais et guadeloupéenne) mais également sa sœur, deux tantes et trois oncles exercent tous ce métier. Depuis qu'elle est en âge de travailler, Clotilde est employée tous les étés comme agent du service hospitalier dans l'établissement dans lequel sa mère travaille. Après avoir obtenu un bac sciences et techniques du tertiaire (STT) option administration, et multiplié les contrats à durée déterminée dans différents secteurs, elle se résout à postuler en tant qu'ASH à l'Hôpital G, sur les conseils de son fiancé qui y travaille comme gestionnaire de paye (et dont la mère et la sœur sont également aides-soignantes).

« Au départ j'ai commencé au label. Le label c'est... Comment expliquer ? C'est un service pour tout le ménage de l'hôpital. J'étais au label, en pédiatrie. Je suis restée un an et demi et puis je me suis dit que j'avais envie de changer, de voir autre chose... » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

Elle demande un poste d'hôtesse d'accueil pour « reprendre ce qu'elle avait appris pendant ses études » et obtient l'accueil des urgences générales. Quand nous la rencontrons, elle exerce cette fonction depuis plus de deux ans, mais dit ne pas avoir l'intention de « faire sa carrière ici ». Le job d'été de Clotilde a fini par devenir un emploi qu'elle occupe en contrat à durée indéterminée depuis plus de quatre ans. Si elle dit avoir d'autres ambitions professionnelles, comme passer le concours du Trésor Public, elle reconnaît que son désir d'enfant risque de constituer un obstacle sur cette voie.

Pour Sylvie aussi, devenir aide-soignante relève davantage de la reproduction sociale que d'un choix personnel : « dans la famille, on est plus ou moins dans ce métier-là donc... ». Pourtant, Sylvie exerce de très nombreux métiers (ouvrière dans le textile, l'alimentaire, les technologies) avant de se laisser convaincre par sa sœur (aide-soignante) de passer le concours. « C'était un métier, bon, que j'aimais, enfin j'aimais bien, je pouvais me projeter dedans, aider les gens, soigner enfin... ». Elle fait toute sa carrière à l'Hôpital public L : huit ans aux urgences générales, dix-huit ans en gynéco-obstétrique. Mais, suite à de sévères problèmes de santé, elle est contrainte de demander un poste lui permettant de rester le moins possible debout : elle obtient le poste d'accueil des urgences gynéco-obstétriques.

« Disons que avec mes problèmes de genoux, je pouvais plus travailler dans les étages parce que bon faire, j'étais seule en gynéco pour 25 patientes, un minimum de 12 lits à faire par jour donc entre les entrantes, les sortantes, les soins, parce que aider les infirmières, donc parce que moi ça me plaisait, c'était vraiment un boulot que j'adorais. (...) Malheureusement j'ai pas pu continuer parce que je pouvais plus de toutes façons, enfin, je peux rester qu'une heure debout avec mon genou donc, enfin mes deux genoux mais j'en

ai un plus esquiné que l'autre donc voilà.» Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Sylvie regrette le contact avec les patientes qu'elle avait en tant qu'aide-soignante. Après trois années au poste d'accueil du service, elle s'ennuie : « ça commence à devenir un peu ronron mais bon, parce que c'est un peu (...) toujours la même chose »²⁷⁹.

Dolorès est d'origine haïtienne. Elle non plus n'a pas choisi la profession d'aide-soignante.

« Ma vocation quand j'étais petite c'était être médecin, bon, la vie a décidé autrement, donc j'ai échoué au collège, donc c'est comme ça je suis devenue aide-soignante, voilà. » Dolorès, ~25 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Elle travaille pendant plus de deux ans en intérim avant d'obtenir la nationalité française et, ainsi, un poste à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : « je voulais absolument travailler à l'AP (...). Y'avait plus d'avantages : être fonctionnaire, on partait à la retraite plus tôt ». Pour elle, être aide-soignante, c'est avant tout être proche des patients, être « à l'écoute » et avoir « un rôle de confort ». Elle s'est vue imposer la fonction d'agent d'accueil aux urgences de l'Hôpital public P par sa hiérarchie et exprime très nettement le sentiment de déclassement²⁸⁰ qu'elle éprouve à ce sujet.

« Quand ils [les patients] arrivent ici, ils nous prennent pour des secrétaires. Je pense pas qu'ils nous prennent pour des aides-soignantes ou pour des infirmières, je pense qu'ils nous prennent plutôt pour des secrétaires, des gens qui n'ont rien à voir avec...[le soin]. » Dolorès, ~25 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Dolorès n'apprécie pas sa fonction d'agent d'accueil et regrette l'époque où elle exerçait son métier d'aide-soignante dans un service de gynéco-obstétrique. Après dix ans d'exercice, elle envisage de « passer à autre chose. »

« Je me sentais tellement importante parce que j'étais au chevet des patientes, j'avais un mot de réconfort pour elles ». Dolorès, ~25 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Le parcours de ces trois professionnelles illustre de quelle façon la fonction d'agent d'accueil est rarement le résultat d'un choix volontaire²⁸¹, mais plutôt la

²⁷⁹ Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

²⁸⁰ Voir à ce sujet : Philippe Guibert et Alain Mergier, *Le descenseur social, op. cit.* ; Camille Peugny, *Le déclassement*, Grasset, 2009, 98 p.

²⁸¹ A l'exception d'Eugénie qui, après avoir participé à la création du service des urgences de la Clinique privée E en y installant le système informatique, choisit de rester y travailler par goût du contact, alors qu'elle est surqualifiée pour le poste d'agent d'accueil : « J'ai eu un bac G2 à l'époque qui était un bac de compta, j'ai fait un BTS gestion des

pérennisation d'un métier d'appoint, la seule option pour faire face à un problème de santé ou le résultat d'un ordre hiérarchique. Les agents d'accueil rapportent fréquemment le manque de reconnaissance et d'estime dont ils souffrent de la part des usagers comme de leurs collègues. Ils considèrent être relégués au plus bas de la hiérarchie hospitalière. Pour toutes ces raisons, nous choisissons de les rapprocher des « fragiles » dont Serge Paugam remarque « *le besoin d'évoquer les « faux pauvres », c'est-à-dire ceux qui profitent de l'assistance et qui ne font aucun effort pour « s'en sortir » eux-mêmes ou, tout au moins, pour faire preuve de dignité et de courage.* »²⁸² Faisant écho à la façon dont les agents d'accueil rencontrés perçoivent les usagers qu'ils identifient comme roms, l'auteur de *La Disqualification sociale* ajoute que « *le détournement du discrédit vers l'étranger est un procédé qui permet tout à la fois de relativiser l'infériorité sociale – par leur différence ethnique, les étrangers sont encore plus bas dans la hiérarchie – et de conjurer, de façon adroite, les reproches de défaillance sociale.* »²⁸³ Nous constatons, de la part des agents d'accueil rencontrés, un processus comparable de « détournement du discrédit » au détriment des usagers présumés roms. La perception des « Roms » comme des voleurs et des imposteurs suscite l'expression d'une forte amertume chez les professionnels hospitaliers en charge de l'accueil des services d'urgences. Ces agents, dont le statut socio-économique est parfois difficile, comparent leur situation ou celle de leurs proches à celle de ces patients qu'ils présumant étrangers en situation irrégulière, profitant des institutions publiques françaises et en tirant un plus grand bénéfice qu'eux²⁸⁴. En démontrant leur propre supériorité morale, ils placent ces usagers perçus comme ethniquement différents, plus bas qu'eux dans la hiérarchie sociale et relativisent ainsi leur propre infériorité sociale²⁸⁵. De ce point de vue, les cas d'Ania et Guilaïne, toutes deux employées à l'Hôpital public L, sont exemplaires.

entreprises et après j'ai fait un CAP petite enfance ». Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

²⁸² Serge Paugam, *La disqualification sociale*, op. cit., p. 190.

²⁸³ *Ibid.*, p. 202.

²⁸⁴ « Tout semble indiquer que le besoin de distinction est d'autant plus fort chez les employés et les ouvriers que leur sentiment de grande précarité leur fait craindre une plongée brutale dans l'exclusion. » Camille Peugny, *Le déclassement*, op. cit., p. 138.

²⁸⁵ Pierre Bourdieu, *La Misère du monde*, Paris, Editions du Seuil, 1993, 947 p. « L'ouvrage [La Misère du monde dirigé par Pierre Bourdieu] véhiculait en outre l'idée nouvelle que cette souffrance individuelle en expansion pouvait concerner autant les plus pauvres ("misère de condition") que les plus dominés, y compris dans des univers favorisés ("misère de position"). Pierre Bourdieu et son équipe notaient en particulier que les agents chargés de s'occuper des

Ania a cinquante-cinq ans au moment de l'entretien. Elle raconte le parcours personnel et professionnel sinueux qui a été le sien avant de devenir aide-soignante en gynéco-obstétrique à l'hôpital L. D'origine ukrainienne, elle fait des « études sérieuses » pour devenir technicienne supérieure en Russie. Elle rencontre, durant ses études, son futur mari qui est de nationalité algérienne. Rapidement celui-ci choisit de rentrer en Algérie où Ania le rejoindra après la naissance de leur fils. Elle y suit alors des cours de français, finit par trouver un emploi de technicien supérieur et enseigne la danse – qu'elle a pratiquée dans sa jeunesse – à des enfants. Malgré cela, Ania décrit la vie en Algérie comme une période difficile : elle a « des problèmes avec la mentalité algérienne », estime que la vie y est « pleine d'interdits » et que son mari est trop dur envers son fils. A l'occasion de vacances à Kiev avec son fils, Ania envisage sérieusement de se séparer de son mari et de ne pas retourner en Algérie. Mais elle reçoit un télégramme lui annonçant que son mari est dans le coma et qu'elle doit revenir immédiatement. Elle laisse son fils à Kiev et repart pour l'Algérie où elle découvre que son mari lui a menti sur son état de santé pour l'obliger à revenir auprès de lui. Elle est séparée de son fils, resté à Kiev, pendant une année. En 1986, la catastrophe nucléaire de Tchernobyl la pousse à rapatrier son fils auprès d'elle. Alors que les relations avec son mari se dégradent, Ania tombe enceinte et « renonce à avorter ». Elle change de poste suite à des différends avec ses collègues, mais s'investit toujours davantage dans des activités culturelles et sportives auprès des enfants. En 1990, le Front islamique du salut (FIS) remporte les premières élections libres depuis l'indépendance de l'Algérie. Pour Ania, « l'ambiance se dégrade » : elle est dénoncée par le FIS pour avoir enseigné la lambada²⁸⁶ aux enfants qui suivent son cours de danse. Peu de temps après, elle a un problème de santé « suffisamment grave pour que son mari l'envoie se faire soigner en France ». Logée chez la sœur de son mari, Ania prend la décision de se séparer de lui et de rester à Paris avec ses enfants. Le prêtre de l'église orthodoxe qu'elle fréquente régulièrement dans le

plus pauvres et des plus souffrants étaient eux-mêmes dans des positions difficiles, dépourvus des moyens nécessaires pour mener à bien leur action. » Didier Fassin, Yasmine Bouagga, Isabelle Coutant, Jean-Sébastien Eideliman, Fabrice Fernandez, Nicolas Fischer, Carolina Kobelinsky, Chowra Makaremi, Sarah Mazouz, et Sébastien Roux, *Juger, réprimer, accompagner*, op. cit., p. 273.

²⁸⁶ La lambada est une danse et un genre musical du Brésil, très populaire en 1989, qui mélange carimbo, reggae, salsa et merengue.

15^{ème} arrondissement lui offre de s'installer avec ses enfants dans le studio de la paroisse, de façon à s'éloigner le plus possible de la famille de son mari. Elle trouve un emploi de caissière dans un supermarché du quartier et vit dans ces conditions, avec ses deux enfants, pendant deux ans. Elle se lie avec des clients qui lui proposent de garder ses enfants, qui l'aident à trouver un appartement. Finalement, alors que son mari choisit de se remarier, elle décide de passer le concours d'aide-soignante.

« Je voulais pas travailler toute ma vie à Prisunic et la paye elle est pas terrible, et je voulais depuis longtemps en fait, je voulais travailler à l'hôpital, tout simplement parce que je trouvais que c'était bien, en fait, c'était bien, c'était très généreux, c'est un travail généreux, c'est, même je disais "même si je balaye en fait", c'est juste passer à côté des gens, discuter avec les gens, sourire aux gens, faire quelque chose pour les gens (...). J'ai essayé de passer le concours d'infirmière, mais mon français était trop bas, au niveau écrit surtout, c'était pas la peine, et j'ai appris qu'il y a un métier d'aide-soignante, donc j'ai dit peut-être que ça va, donc j'ai préparé le concours, je l'ai passé et je l'ai eu. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ania, qui a été elle-même migrante et précaire quasiment toute sa vie, juge très durement les patients qu'elle identifie comme roms qui, d'après elle, profitent indûment des services sociaux français : « ils pensent que tout leur est dû en fait ». Pour illustrer son propos, elle cite le cas, qu'elle estime comparable, d'une femme « africaine » qui aurait refusé une place en foyer à sa sortie de l'hôpital alors qu'elle n'avait « même pas de titre de séjour ».

« Malheureusement, y'a pas que les gens où on dit "ah ! On m'a fait quelque chose et ben, mais moi, si je peux profiter, je profite, je profite, je profite !" et aussi, cette dame-là, elle voulait pas aller au foyer aussi, elle voulait un appartement parce que si y'a son fils qui va la rejoindre, il faut qu'elle ait un appartement, alors qu'elle avait même pas de titre de séjour. C'était un petit truc après qu'elle a fait, parce qu'elle était malade donc la France l'a accueillie tout ça, mais moi je, c'est pas que, y'a, quand même on te donne, déjà, un lit, un lit c'est déjà bien, "non, non, un appartement !" Un appartement ! Y'a des gens qui attendent des années, des années, moi j'ai attendu, j'ai attendu je sais pas combien d'années [pour obtenir un logement social]... j'ai attendu une dizaine d'années et après j'ai laissé tomber parce que j'ai connu quelqu'un et on s'est mis ensemble et voilà. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

C'est la comparaison de sa propre situation avec celles des usagers « profiteurs » qui révolte Ania. En 2006, recueillant la parole de personnes appartenant aux milieux populaires, Philippe Guibert et Alain Mergier qualifient de xénophobes ces discours où « domine la dénonciation des abus, dans les domaines de la protection sociale, qu'il s'agisse des revenus d'assistance, comme le RMI, des allocations

familiales ou des allocations chômage. »²⁸⁷ Pour leurs enquêtés – comme pour Ania –, il y a d'un côté « *le mérite de certains qui vivent difficilement sans avoir toutes ces aides, de l'autre l'ingratitude de ceux [les populations immigrées ou issues de l'immigration] qui demandent toujours plus sans jamais faire un geste.* »²⁸⁸

Issue d'un milieu modeste, Guilaine, agent comptable à l'Hôpital public L, explique pour sa part avoir choisi cette voie professionnelle avant tout pour être à l'abri du chômage.

« J'ai fait des études de comptabilité, je cherchais du travail déjà en 1968, 1969 et y'avait déjà pas beaucoup de [travail], il commençait à y avoir du chômage aussi, j'ai passé les concours, donc j'avais un CAP et un BEP de comptabilité, j'ai passé les concours d'entrée à l'A[ssistance] P[ublique] et du coup j'ai été prise à l'Hôpital public P où mon père finissait sa carrière [de maître ouvrier]. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle travaille pendant près de trente ans dans différents établissements parisiens en tant que comptable, progresse régulièrement dans la hiérarchie hospitalière, jusqu'à ce que sa mère tombe malade.

« Et puis maman était avec moi, elle est tombée malade, il fallait que je m'en occupe le matin et j'avais pas la possibilité, c'est des travail, on travaille de très tôt le matin et je pouvais pas, il fallait que je m'en occupe le matin, donc j'ai cherché un poste où je pouvais commencer plus tard et c'est comme ça que j'ai atterri aux admissions-frais de séjour [il y a quatre ans]. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle se retrouve donc, en fin de carrière, à occuper un poste pour lequel elle est surqualifiée mais dont les horaires lui permettent de prendre soin de sa mère malade. Guilaine compare la situation très modeste de sa mère âgée et malade qui a « à peine 700 euros par mois pour vivre » à celle des usagers dont elle instruit le dossier tous les jours. Elle dit être « démoralisée » à l'idée d'accorder des soins, une prise en charge gratuite, des papiers, etc. à ces usagers qui, contrairement à elle et ses parents, n'ont pas travaillé pour mériter ces droits. Ses propos constituent une illustration de ce que Pierre-André Taguieff appelle « *la hantise de la déchéance ethno-classiste* »²⁸⁹.

²⁸⁷ Philippe Guibert et Alain Mergier, *Le descenseur social*, op. cit., p. 126.

²⁸⁸ *Ibid.*, p. 104.

²⁸⁹ « *La hantise de la déchéance ethno-classiste est celle d'une immersion dans l'élément perçu comme "inférieur". La hantise du déclassement se transfigure en défense de l'identité raciale ou ethnique propre. Telle est la genèse de la répulsion hétérophobe visant le groupe "ethnique" qui, postulé "inférieur", paraît monter vers le groupe propre pour l'inclure, le submerger (le groupe menacé peut aussi bien se percevoir comme descendant vers le groupe "inférieur", étant "aspiré" par lui). Ce jeu de déclassement et du ressentiment constitue l'un des mécanismes producteurs de la*

« Si on a beaucoup de gens comme ça [d'usagers qui bénéficient d'une prise en charge gratuite], au bout d'un moment ça sape le moral, et je pense aussi que c'est pour ça que, les infirmières, elles en ont marre. Parce que je me sens concernée, je fais rentrer quelqu'un [à l'hôpital], je sais que, là, celui-là, il va faire le, ils vont avoir les papiers, ils vont être français, ça va être une aide médicale [d'Etat], ils vont avoir droit au logement, au... Les petits grands-pères ou grands-mères, je prends ma mère qui a 92 ans, qui a à peine 700 euros par mois pour vivre, eux, ils vont les avoir sans avoir travaillé, ils arrivent en France, ils vont, toute la famille va arriver derrière le gamin, ils vont avoir tous les [droits]. »
Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Comme le souligne S. Paugam, « *lorsque le statut social est dévalorisé, (...) il est nécessaire de faire étalage de ses valeurs morales ou de ses mérites personnels pour compenser et négocier le discrédit. Le besoin de reconnaissance sociale et d'affirmation de soi existe chez tout être humain, mais il est sans doute plus visible encore, et donc plus facilement saisissable pour le sociologue, dans le cas de ménages socialement disqualifiés. En effet, il s'agit pour eux de résister au sentiment d'échec social et de conjurer, au moins partiellement dans le discours, l'image négative que les "autres" leur renvoient.* »²⁹⁰ Les agents d'accueil interrogés disent ainsi aspirer à protéger l'établissement pour lequel ils travaillent des risques sanitaires et financiers qu'implique la prise en charge de patients dont l'identité est incertaine. Cette mission de protection de l'établissement hospitalier, voire du système de santé français, contre les « profiteurs » que seraient notamment les « Roms » constitue, pour ces agents cantonnés en bas de la hiérarchie hospitalière, un important vecteur de valorisation professionnelle²⁹¹. Et il permet de justifier des propos et des comportements ouvertement racistes, comme Guilaine qui considère qu'au vu des pratiques des usagers étrangers : « il y a de quoi devenir raciste des fois ». On fait alors, à l'hôpital, un constat comparable à celui de Vincent Dubois concernant les caisses d'allocations familiales dont les accueils « *constituent des lieux de tensions entre "Français de souche" et "étrangers". Les "allocs", dont on accuse les immigrés (...) de profiter abusivement pour cause de nombre élevé d'enfants et/ou de tricherie, forment de fait l'un des principaux points de cristallisation de ces tensions. L'importante proportion de visiteurs d'origine étrangère dans les salles d'attente des caisses* »

xénophobie anti-immigrés, à dominante maghrébine, dans les classes populaires menacées, en France par le chômage de longue durée et la précarisation. » Pierre-André Taguieff, *Le Racisme: un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*, [Paris], Flammarion, 1997, p. 64.

²⁹⁰ Serge Paugam, *La disqualification sociale*, op. cit., p. 193.

²⁹¹ Pascal Martin, « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires », op. cit., p. 41.

vient offrir une "preuve" aux préjugés racistes, qui s'expriment en ces lieux avec d'autant plus de force que des "petits blancs" issus des fractions des classes populaires fragilisées par le chômage sont ici confrontés physiquement aux "étrangers" et placés sur le même pied que ces immigrés desquels ils entendent être distingués.»²⁹² Toutefois, les agents d'accueil des services d'urgences semblent disposer d'une autonomie professionnelle beaucoup plus réduite que les guichetiers des CAF étudiées par V. Dubois lors de leurs confrontations avec les usagers « étrangers ». Contraints par l'obligation d'inscrire toute personne qui se présente aux urgences, le seul levier à leur disposition pour protéger l'institution consiste à détecter intuitivement « ceux qui abusent » afin de les tenir à distance.

1.4.2. « On sait que » : les certitudes des soignants pour repérer les fraudeurs

Les professionnels employés comme agent d'accueil que nous avons interrogés soulignent que les usagers présumés roms ne sont pas les seuls à avoir recours à des pratiques de « dissimulation » de leur identité. Aux dires des soignants travaillant aux urgences, le « trafic » de carte vitale serait même extrêmement fréquent²⁹³. Des infirmiers de l'hôpital public L utilisent des expressions comme « business d'aide médicale d'Etat » et « système débrouille » pour souligner la fréquence de ces pratiques.

« Tout ce qui est le business d'Aide Médicale d'Etat, voilà, c'est pas spécifique aux Roms ou à une population. Je pense que c'est tout, toutes les personnes qui peuvent pas avoir, qui n'ont pas forcément de papiers, qui ont pas forcément de moyens, voilà. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

²⁹² Vincent Dubois, *La vie au guichet*, op. cit., p. 5.

²⁹³ Notons avec Didier Tabuteau, que « la fraude dite "sociale" représenterait entre un demi et un point de richesse nationale, mais ce montant considérable est pour l'essentiel lié au travail dissimulé. Seuls 2 à 3 milliards d'euros seraient imputables aux fraudes aux prestations pour l'ensemble des assurances sociales. Pour ce qui concerne l'assurance-maladie, les dépenses frauduleuses affectant les prestations ne représentent qu'une fraction très modeste des déficits du régime. Ce ne sont pas les fraudes qui expliquent la croissance des dépenses de santé. » Didier Tabuteau, *La Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, O. Jacob, 2013, p. 80. Or, pour Didier Fassin, « le caractère répétitif des dossiers et la routinisation du processus de prise de décisions dans ces cas-là conduit à une sorte d'érosion des affects. L'indifférence des agents qui en découle s'articule bien souvent avec l'économie morale de suspicion à l'égard des demandeurs d'asile, car des récits qui se ressemblent deviennent de faux récits. » Didier Fassin, Yasmine Bouagga, Isabelle Coutant, Jean-Sébastien Eideliman, Fabrice Fernandez, Nicolas Fischer, Carolina Kobelinsky, Chowra Makaremi, Sarah Mazouz, et Sébastien Roux, *Juger, réprimer, accompagner*, op. cit., p. 124.

« C'est système débrouille : "tu as eu ça, bah j'essaye d'avoir ça aussi et puis je passe les papiers et puis, on essaye de voir". » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

De même, l'assistante sociale du service gynéco-obstétrique du même établissement ajoute qu'« il ne faut pas mettre [tous] les Roms dans le même sac » et que des personnes originaires d'autres pays « abuseraient » également des aides sociales.

« Franchement, je pense qu'il faut pas, pour moi, il faut pas mettre les Roms dans le même sac, comme on a, des fois, des personnes d'autres pays qu'abusent, enfin qui, qui arrivent pas à intégrer les règles de fonctionnement du service social, on a parfois des familles roms qui sont comme ça, mais pas toutes, pas toutes. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

A l'instar d'autres usagers perçus comme de potentiels migrants en situation irrégulière, les patients présumés roms font l'objet d'une attention particulière de la part des agents d'accueil. Interrogée sur l'accès au soin des populations présumées roms, Charlotte, élève infirmière, explique que l'accès à la santé en France est « plus facile ou plus disponible » que dans d'autres pays, ce qui autorise des abus. En précisant qu'il devient difficile de « différencier ceux qui abusent » de « ceux qui ont vraiment besoin », Charlotte souligne de quelle façon les soupçons des professionnels de santé à l'égard de certains patients sont susceptibles d'influencer leur prise en charge.

« Est-ce que c'est parce que, en France, l'accès à la santé, ben c'est, chais pas, plus facile ou plus disponible ou, c'est vrai que je pense pas que ça soit partout, je pense pas que [dans d'autres pays], quand tu te présentes aux urgences, on te voit, on te donne des, à l'accueil, comme tu as vu, on peut donner des médicaments, donc sans médecin, enfin doliprane, des trucs légers mais bon, (...) je pense que c'est pas partout, et je pense que ça peut expliquer beaucoup de choses, que le système de santé français soit facilitant comme ça, y'en a beaucoup qui s'en plaignent hein, quand t'entends "oui, y'a des gens qui abusent, c'est toujours les mêmes", y'a beaucoup de trucs comme ça tu vois, je pense que c'est le système, enfin pour moi, si je devais dire quelque chose, ça serait ça, le système qui est comme ça (...). C'est bien [ce système] parce que je me vois pas dire à quelqu'un qui est dans le besoin "non", mais c'est pas bien parce que, du coup, y'a beaucoup d'abus et que, des fois tu as du mal du coup à différencier ceux qui abusent et ceux qui ont vraiment besoin, tu vois et après ça fausse un peu, ça fausse le résultat quoi et c'est gênant, je trouve (...). On est tenu de voir tout le monde, oui, mais après, d'un point de vue un peu plus haut, ça coûte de l'argent à l'hôpital. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

Pour toutes les raisons déjà mentionnées, le partage de papiers d'identité et de cartes vitales constitue, aux yeux des enquêtés, une pratique à éradiquer²⁹⁴. Les agents en charge de l'accueil des patients et de la constitution des dossiers administratifs sont en première ligne dans la lutte contre l'usurpation d'identité à l'hôpital²⁹⁵. Pour ces agents paramédicaux et administratifs, « bien faire son travail » signifie donc aussi repérer les fraudeurs potentiels, c'est-à-dire tenter de détecter des migrants en situation irrégulière qui présenteraient des pièces d'identité appartenant à quelqu'un d'autre. Une tâche pour l'exercice de laquelle, ils ne disposent que de leur intuition.

La première version de la carte vitale ne comportait pas de photographie de l'assuré, ce qui empêchait l'identification *de visu* du détenteur de la carte. Dans un objectif de « sécurisation accrue »²⁹⁶, une carte vitale 2 présentant une photographie de l'assuré a été mise en circulation à partir de 2007²⁹⁷. Toutefois en 2010 – soit à l'époque de la conduite de ce terrain de recherche –, moins d'un assuré sur sept disposait d'une carte vitale 2²⁹⁸. De plus, plusieurs enquêtés ont laissé entendre au cours de discussions informelles²⁹⁹ que disposer de la photographie du détenteur de la carte vitale ne les aide pas toujours à repérer les fraudeurs.

« Tous les Roms se ressemblent, tous les Noirs se ressemblent, enfin, tous les Chinois se ressemblent et puis on y va ! Si on passe, on passe, si on passe pas... voilà. » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

D'après ce qui a pu être observé au cours du terrain d'enquête, les agents d'accueil utilisent une combinaison du phénotype de l'usager et de son incapacité à parler

²⁹⁴ Voir, dans le même ordre d'idées, les soupçons des enquêtés de Y. Siblot, employés d'un service de l'Etat civil, à propos des mariages « blancs » ou « forcés ». Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien: les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006, p. 137.

²⁹⁵ « Qu'ils soient simples guichetiers ou agents d'encadrement, [les entrepreneurs de morale] conçoivent leur activité de contrôle de l'immigration comme une mission à la fois morale, politique et civique. » Alexis Spire, « La discrimination des étrangers au guichet », *op. cit.*, p. 22.

²⁹⁶ « Les systèmes de cartes de l'assurance maladie », in *Rapport annuel public 2010*, Paris, Cour des comptes, 2010, p. 253.

²⁹⁷ La loi du 13 août 2004 (article L. 161-31 du code de la santé publique) a rendu obligatoire la présence de la photographie de l'assuré sur la carte Vitale 2.

Voir le texte intégral : *Loi du 13 août 2004*, http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_419380, consulté le 21 août 2014.

²⁹⁸ « La première carte Vitale 2 a été produite en mars 2007 et tous les assurés auraient dû l'avoir reçue avant la fin 2010. Or, fin 2009, elle n'était encore attribuée qu'aux nouveaux assurés et à ceux dont la carte a été perdue, volée ou s'est révélée être défectueuse (...), soit moins d'un assuré sur sept. Par ailleurs, le taux de rejet de photos inadéquates et de mauvaises photocopies de pièce d'identité produites par les assurés était encore supérieur à 10% mi-2009. » « Les systèmes de cartes de l'assurance maladie », *op. cit.*, p. 253.

²⁹⁹ Carnet n°8, service des urgences de l'Hôpital public P, services des urgences générales et gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L.

correctement français pour repérer les personnes susceptibles d'utiliser la carte vitale de quelqu'un d'autre. L'identification d'un usager comme rom, du fait de la réputation de voleur et menteur qui précède les membres de ce groupe, constitue également un indice utile. Toutefois, comme il leur est difficile d'accuser frontalement ces usagers de présenter des documents qui ne seraient pas les leurs, les professionnels en charge de l'inscription administrative développent des techniques afin de confondre les imposteurs. Sylvie, l'aide-soignante en charge de l'accueil des urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L, explique interroger l'usager au sujet de sa date de naissance, puis vérifier que cela correspond bien à celle comprise dans le numéro de sécurité sociale inscrit sur la carte vitale, pour confirmer que la personne en face d'elle en est bien la détentricice officielle.

« On le sait souvent quand c'est des papiers pris à la tante, à la copine, ou à la sœur avant de venir parce que, des fois, on voit l'identité et, quand on leur demande "c'est bien votre date de naissance ?" ou "vous êtes bien, rappelez-moi la date de naissance", elles se trompent ou voilà, donc... Des fois, elles se vendent toutes seules ou, des fois, on voit sur elles, mais y'en a des fois... C'est des très bonnes menteuses, les Roms, donc elles passent au travers. Souvent malheureusement, si elles arrivent avec juste une pièce d'identité, en disant "non, c'est plus ma bonne adresse", donc on se retrouve avec des fausses adresses, et des faux numéros de téléphone, donc après, pour les rappeler, si on a un souci et qu'on doit les rappeler, ben voilà, ça arrive malheureusement souvent ça. (...) C'est pour ne pas payer, elles donnent une adresse bidon, un téléphone bidon et puis voilà, comme ça elles payent pas... » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

On voit qu'en réponse aux stratégies élaborées par les soignants, les « très bonnes menteuses » roms auraient, elles aussi, développé des techniques d'évitement, comme déclarer une fausse adresse ou un faux numéro de téléphone. Cette aide-soignante exprime son impuissance face à ces supposées fraudeuses dont elle ne parvient pas à prouver qu'elles lui mentent alors même qu'« on le sait quand c'est des papiers pris » à quelqu'un d'autre, ou qu'« on le voit sur elles » qu'elles mentent. Même suspicion chez un infirmier aux urgences de l'hôpital L qui, quant à lui, dit laisser le patient endosser les risques de l'usurpation d'identité – sans préciser si cela incite les éventuels fraudeurs à se dénoncer.

« Je leur explique "moi, je m'en fiche hein, vous me donnez une pièce d'identité, je vous inscris sous ce nom-là, si c'est pas le bon, qu'on fait les mauvais soins, c'est pas moi qui en subirai les conséquences". » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Les certitudes des soignants à propos des mensonges présumés des usagers identifiés comme roms se retrouvent également en d'autres occasions, sur d'autres sujets. Ingrid, assistante sociale du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital L,

évoque le suivi social de « dames africaines primo-arrivantes sur le territoire ». Elle explique qu'en tant qu'assistante sociale, sa tâche principale consiste à « rendre ces femmes autonomes », à leur « expliquer comment ça fonctionne » et à les aider à « comprendre quelques règles de la société en France ». De ce point de vue, l'hôpital est susceptible, selon elle, de favoriser l'intégration de ces patientes dans la société française. En revanche, pour Ingrid, ce travail « d'intégration » n'est pas envisageable avec des patientes identifiées comme Roms, car « on sait tous » que « c'est une population qui bouge » et qui n'a pas pour objectif de s'installer en France. Leurs demandes sociales semblent, dès lors, moins légitimes.

« On n'est pas dans, on n'est pas dans la même dynamique (...) parce que, souvent, [les Roms] ils rentrent chez eux, souvent ils reviennent et on sait, enfin, ils viennent ici, ils sont instables. Ici, leur objectif, c'est pas de s'installer en France, c'est rare. Enfin, en tout cas, moi je parle plus des communautés qui vivent tous ensemble sur des camps, on sait bien que l'objectif, c'est pas de s'installer en France. Y'en a des petits couples, mais c'est pas des Roms, c'est des Roumains... Enfin, je sais pas moi. Je les vois plus vivre en communauté mais ils font souvent des allers-retours, je sais bien que c'est une population qui bouge (...). Par moment, ils vont nous dire que, si, ils sont en recherche de se poser ici, mais on sait tous que, six mois après, ils retournent quelque temps chez eux quoi. Ou, les types, on sait tous pourquoi ils viennent là, c'est pour se faire de l'argent, sinon ils laissent toute leur famille, enfin ils bougent pas mal entre la Roumanie et la France quoi. C'est pas comme une femme africaine qui a quitté son pays, pfff les raisons elles sont voilà, mais qui, elle, veut faire sa vie ici, y'a un moment donné, il faut savoir ce qu'on veut quoi. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

L'assistante sociale affirme à cinq reprises ses certitudes quant au nomadisme présumé de cette population : « on sait qu'ils sont instables », « on sait bien que leur objectif n'est pas de s'installer en France », « je sais bien que c'est une population qui bouge », « on sait tous que, six mois après, ils retournent chez eux », « on sait tous qu'ils viennent en France pour l'argent ». Pour elle, les usagers qu'elle identifie comme roms disent vouloir s'installer en France uniquement pour bénéficier des aides disponibles, tout en sachant qu'ils finiront par céder à ce qu'elle interprète comme leur rythme de vie nomade. Leur parole ne serait pas digne de confiance et leurs déclarations pèseraient par conséquent moins lourd, dans ses décisions professionnelles à leur égard, que cet ensemble de certitudes personnelles. On retrouve ici le processus de « délégitimation »³⁰⁰ décrit

³⁰⁰ « Les professionnels dont les discours et les pratiques relèvent de la délégitimation sont le plus souvent des administratifs, pour lesquels la réglementation est une référence permanente. Parmi eux, ceux qui gèrent de nombreuses demandes émanant d'étrangers (en Ile-de-France et plus encore en Guyane) tiennent les discours les plus tranchés. » Estelle Carde, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 1 juin 2007, vol. 19, n° 2,

par Estelle Cardes. « *Les connotations péjoratives volontiers associées au bénéfice de l'Aide sociale (absence de mérite aux prestations) sont confortées par le statut d'étranger (suspect d'immigrer dans le but de venir abusivement profiter du système de soins français) et plus encore celui d'étranger en situation irrégulière (donc "hors la loi" au regard du droit au séjour). (...) Au nom de ces représentations de délégitimation, certains professionnels justifient des pratiques différentielles, défavorables et illégitimes, et donc discriminatoires.* »³⁰¹ Le motif pathologique de recours aux services d'urgences est lui aussi mis en cause par les agents d'accueil. En effet, pour de nombreux professionnels interrogés, la qualité et la gratuité des soins dispensés en France ne seraient pas le seul attrait aux yeux des migrants. La fréquentation des institutions de santé françaises présenterait également des bénéfices secondaires pour ces populations migrantes, tels que l'ouverture directe ou indirecte de droits sociaux. Par exemple, la consultation hospitalière fournit une preuve de présence sur le territoire, favorisant l'obtention, au bout de trois mois, de l'aide médicale d'Etat (AME). De même, la naissance d'un enfant de parents étrangers dans un hôpital français présente certains avantages selon l'agent comptable des urgences de l'Hôpital public L.

« J'en ai eu une [patiente], là, qui est venue pour accoucher, en principe quand vous êtes [enceinte], que vous prenez l'avion, à partir de 6 mois vous avez plus le droit de prendre l'avion. Elle a pris l'avion pour venir d'Algérie, arrivée à l'aéroport, ils ont appelé les pompiers parce qu'elle allait accoucher, de Orly jusqu'à [l'hôpital L], y'a pas un seul hôpital entre les deux, où les pompiers pouvaient aller ? Elle savait très bien ce qu'elle faisait ! Et elle est venue parce qu'à partir du moment où, je vais vous montrer, (montre un document qu'elle lit) voyez : "les enfants mineurs, enfants d'étrangers en situation irrégulière sont pris en charge à titre personnel pendant les trois premiers mois" et ils sont rattachés ensuite, ils ont la sécurité sociale et les parents, au niveau, pour rapprochement familial, donc ils ont le droit de rester, après [la mère de l'enfant], elle peut rester [en France] et ça, ça se sait très vite. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Ania, aide-soignante aux urgences gynéco-obstétriques dans le même établissement, suspecte les usagers qu'elle identifie comme roms de feindre un problème de santé afin de profiter des bénéfices secondaires d'une consultation hospitalière. Pour elle, les « Roms » vivent de la mendicité en mimant un handicap. Elle s'étonne de ce que tous les mendiants qu'elle identifie comme roms

p. 103. Voir également : Estelle Carde, « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *op. cit.*

³⁰¹ Estelle Carde, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *op. cit.*, p. 103-104.

mimeraient le même handicap, ce qui, à ses yeux, révélerait la supercherie. Elle en déduit que les membres de cette population sont tout à fait capables de simuler de la même façon lors de leur venue aux urgences de l'hôpital L : « ils peuvent être très malades mais ils peuvent aussi ne pas être malades ».

« Je peux pas dire que tous les Roms sont pareils, j'ai pas vu tant de Roms pour pouvoir vraiment avoir un jugement... Par contre, ils sont de bons artistes (rires), ben, bah oui, c'est toujours aux urgences, ils peuvent être très malades aussi mais, après, ils peuvent aussi ne pas être malades. On les voit aussi dans les rues et ils savent faire (mime un handicap), ils peuvent te... mais tu as vu, non ? Tu as vu ? Tu vois une dame [avec un handicap] ici, la même chose de l'autre côté, c'est la même technique quoi, tous, mais ils ont tous la même maladie alors ? C'est incroyable ! » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ces professionnels hospitaliers s'appuient sur leurs certitudes au sujet des « Roms » pour prendre en charge les usagers qu'ils identifient comme appartenant à ce groupe. Or, ces certitudes les conduisent à penser que les usagers présumés roms font partie des fraudeurs potentiels qui mettent en péril le travail du service et la solvabilité de l'établissement en usurpant l'identité d'un de leurs proches.

Pour Estelle Cardes, « *cette suspicion généralisée fait le lit de pratiques, qui même si elles reprennent "l'esprit" de la loi, sont discriminatoires.* »³⁰² Quel est, en ce qui nous concerne, l'impact réel de ces certitudes sur la façon dont les patients présumés roms sont pris en charge par les agents d'accueil des services d'urgences ? A première vue, et parce que l'observation sur le terrain n'a pas permis de démontrer nettement le contraire, l'obligation de prendre en charge toute personne qui se présente aux urgences s'impose à ces agents institutionnels. Les usagers présumés roms, malgré leurs mensonges et leurs impostures présumés, sont reçus et pris en charge comme les autres usagers dans les établissements enquêtés.

Reste la possibilité que certaines pratiques contraires à l'éthique, voire à la loi, aient été dissimulées au regard de l'observatrice extérieure. Une assistante sociale rencontrée aux urgences de l'hôpital A remarque ainsi que « les gens, avec cette précarité, deviennent de plus en plus racistes » et que des manifestations de ce racisme seraient perceptibles dans l'agressivité de certains soignants envers des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat.

³⁰² *Ibid.*

« Et il y a des racistes [parmi les professionnels hospitaliers] hein, des gens qui me disent : "ben merde, je le soigne pas lui, il a une aide médicale, il a pas de papiers, moi je peux pas me soigner, moi j'ai pas de mutuelle, parce que je peux pas la payer, c'est trop cher pour moi, je me soigne pas, je fais pas ça, je fais pas ci". Et y'a des gens qui refusent, qui refusent pas, pas des soins, non, on n'a pas le droit, mais qui sont agressifs envers certaines personnes, parce que, à cause de sa situation à lui, il va, il lui faut un bouc-émissaire, le bouc-émissaire, c'est le malade qui a une AME par exemple. » Leïla, ~45 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public A.

Quelques jours après cet entretien, cette assistante sociale et une de ses collègues discutent, en notre présence, d'un patient « d'origine roumaine ». Depuis le début de la matinée, ce patient fait la navette entre leur bureau et celui d'une troisième assistante sociale en charge de son dossier. Leïla et sa collègue cherchent à savoir quelles procédures ont déjà été mises en place pour ce patient, mais celui-ci dit ne pas savoir et ne parvient pas à trouver la personne en charge de son dossier pour obtenir l'information. Lorsque le patient quitte leur bureau, Leïla dit « ne pas sentir ce patient », quant à sa collègue, elle se demande à voix haute « pourquoi elle lui ferait une PASS alors qu'il fait constamment des allers-retours avec la Roumanie ? »³⁰³. Ces professionnelles ont donc le pouvoir d'entraver l'accès aux soins d'un patient dont elles questionnent la légitimité à bénéficier de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS)³⁰⁴. Elles justifient leur attitude négative et leurs propos discriminatoires à l'égard des usagers présumés roms par la protection du système de santé français et disent agir pour empêcher ces « voleurs » d'« abuser du système »³⁰⁵.

Anne-Marie Arborio note ainsi que « *le savoir social des aides-soignantes n'est pas toujours mobilisé en vue d'une meilleure adaptation du personnel aux attentes du malade. Il est aussi soumis aux intérêts propres des aides-soignantes ou à leurs représentations du bon fonctionnement de l'institution. Elles ont en effet le pouvoir*

³⁰³ Carnet n° 6, SAU, Hôpital public A, 26/10/2010. « Dans le rapport 2008 que sa mission France consacre à l'accès aux soins, l'association Médecins du monde note en effet que, parmi les consultants, seulement 5% des Roumains et des Bulgares (essentiellement des Roms) pouvant bénéficier d'une couverture maladie disposent de droits ouverts, contre 25% pour les autres ressortissants communautaires. » Cette France-là, « L'Europe au miroir des Roms (troisième partie) – l'argument "social" », *op. cit.*

³⁰⁴ Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, mises en place dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, en application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Voir à ce sujet : *Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé*, <http://www.sante.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass.html>, consulté le 25 août 2014.

³⁰⁵ Carnet n° 6, SAU, Hôpital public A, 26/10/2010.

de ne pas répondre aux attentes du malade (...). »³⁰⁶ Transposant cette thèse aux agents d'accueil, parmi lesquels on compte de nombreuses aides-soignantes, il est possible de supposer que ces *Street-level bureaucrats* auraient le pouvoir de ne pas répondre aux demandes de certains usagers, de les détourner de l'inscription administrative et par conséquent de les dissuader de recourir au service des urgences.

De nombreux auteurs ont interrogé l'influence potentielle (fluctuante et hétérogène) des médias dans la production, la progression et la diffusion du racisme dans les sociétés contemporaines³⁰⁷. Pour Michel Wieviorka, « *l'influence des médias sur la formation des opinions relatives à un groupe susceptible d'être victime du racisme est d'autant plus grande qu'il n'y a pas d'autre source concrète, directe, vécue, de connaissance de l'Autre, et que la population visée est perçue sur un registre qui ne peut être qu'imaginaire* »³⁰⁸. Suivant cette hypothèse, la marginalité sociale des populations « roms » favoriserait la construction d'images fantasmées, stéréotypées à leur sujet au travers de discours publics, politiques ou médiatiques. De fait, la rubrique « faits divers » concentre l'essentiel de la présence des « Roms » dans les médias français : occupations et expulsions de campements illégaux, démantèlements de réseaux de délinquance, de prostitution, de mendicité, etc. Cette représentation médiatique participe de l'invisibilité des « Roms » dans la société française³⁰⁹. Ils n'apparaissent jamais dans les débats publics autrement qu'au travers d'un triptyque étrangers/délinquants/nomades. Il en découle une banalisation d'images stigmatisantes et la normalisation de propos xénophobes et racistes à leur encontre, comme l'illustrent les déclarations de plusieurs dirigeants politiques au cours du mois de juillet 2013³¹⁰. « *Les médias peuvent flatter le racisme éventuel de leur*

³⁰⁶ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *op. cit.*, p. 95. Pascal Martin, « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires », *op. cit.*, p. 39.

³⁰⁷ Pour une revue de littérature sur ce sujet, voir : Michel Wieviorka, *Le racisme*, *op. cit.*, p. 113-131.

³⁰⁸ *Ibid.*, p. 117.

³⁰⁹ Ralph Ellison, *Invisible man*, New York, Vintage International, 1995.

³¹⁰ Le 5 juillet, Jean-Marie Le Pen, président d'honneur du Front National, déclare que la « *présence urticante et disons... odorante* » des Roms causera des soucis à la ville de Nice. Il prédit l'invasion de la ville par 50 000 Roms d'ici 2014 (date des élections municipales). Deux jours plus tard, Christian Estrosi, député-maire UMP de la ville de Nice se propose de « mater » les Roms et appelle les maires de France à la « révolte » contre ces populations. Pour lui, « *les choses sont très claires (...) à partir du moment où on préfère envahir sans droit ni titre, et notamment des terrains de football comme la semaine dernière, et qu'on rentre par effraction, je considère qu'on est un délinquant. (...) Les Roms*

audience en insistant sur tout ce qui associe certains comportements ou certains attributs négatifs à une origine ethnique ou étrangère (...). Symétriquement, ils exercent une influence en banalisant ou en minimisant les conduites et les préjugés racistes qui sont le fait du groupe dominant »³¹¹. L'opinion publique réagit à cette représentation publique par la méfiance et la stigmatisation de cette population, et les professionnels hospitaliers ne font pas exception.

Pour les agents d'accueil rencontrés, les patients identifiés comme roms mentiraient sur leur identité et refuseraient de divulguer leur adresse pour être soignés gratuitement, ils profiteraient ainsi indûment du système de santé français. En première ligne face à ces imposteurs présumés, les professionnels employés à l'accueil des urgences disent se sentir responsables de la défense du service et de l'institution dans laquelle ils travaillent. Ils sont placés dans une situation dysfonctionnelle par le refus que ces usagers opposent à leur demande de renseignements, pourtant ils ne disposent pas de l'autorité ou de l'autonomie professionnelle leur permettant de contraindre les « Roms » à les laisser faire du « travail correct ». Leur positionnement au bas de la hiérarchie hospitalière, souvent source d'un sentiment de « déclassement social », les incite à se démarquer d'usagers qui, de par leur parcours migratoire ou leur situation socio-économique, leur ressemblent. La double frontière morale et raciale qu'ils tracent autour des usagers présumés roms, en s'appuyant sur les représentations véhiculées par les débats publics, sert alors tout autant à revaloriser leur statut social et professionnel qu'à conjurer les risques professionnels que ces usagers leur feraient courir. En s'octroyant une mission de détection des usagers qu'ils jugent délégitimés, ces agents « fragiles » tentent finalement de raffermir leur position professionnelle et d'imposer un ordre à des situations sur lesquelles ils n'ont que peu de pouvoir institutionnel.

Ces agents en charge de l'inscription administrative ne sont que les premiers des nombreux professionnels hospitaliers qui interviennent auprès des usagers qui se présentent aux urgences. Reste alors à vérifier, dans le cas des usagers identifiés comme roms, l'affirmation de Julius A. Roth selon laquelle « *ceux qui sont les*

sont souvent des étrangers en situation irrégulière ». Enfin, le 21 juillet 2013, Gilles Bourdouleix, député-maire UDI de Cholet déclare, en parlant des Roms : « *comme quoi Hitler n'en a peut-être pas tué assez* ».

³¹¹ Michel Wieviorka, *Le racisme*, op. cit., p. 119.

*premiers à prendre en charge un patient jouent un rôle crucial dans la catégorisation morale parce que les professionnels qui poursuivront cette prise en charge sont plutôt enclins à accepter les catégories prédéfinies sans question, sauf s'ils détectent des preuves évidentes du contraire. »*³¹²

³¹² Julius A. Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service », *op. cit.*, p. 841.

Chapitre 2. La racialisation comme dénonciation des entraves à l'autonomisation professionnelle

Après leur enregistrement administratif par les agents d'accueil, les usagers des urgences – dont l'état ne nécessite pas d'être immédiatement traité dans le secteur des soins intensifs – sont amenés à voir leur état de santé évalué par les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO)³¹³. En fonction de leur condition physique, ils sont envoyés en salle d'attente ou installés sur un fauteuil roulant ou un brancard dans une partie du service où ils patienteront jusqu'à ce que l'IAO les prenne en charge dans l'ordre de gravité présumée par l'agent d'accueil. Dans tous les établissements publics enquêtés³¹⁴, un ou plusieurs infirmiers sont affectés, chaque jour, à cette tâche de tri et d'évaluation de l'état de santé des usagers. Pour ce faire, ces professionnels disposent d'un espace dédié, un « box » de consultation, dans lequel ils accueillent les patients afin de les interroger sur le motif de leur venue, les symptômes dont ils souffrent, le niveau de leur douleur, leurs allergies et antécédents médicaux connus. Puis, ils prennent les « constantes » du patient au moyen d'outils tels que tensiomètre, thermomètre, électrocardioscope, etc., selon un protocole établi par l'équipe médicale du service afin de permettre l'établissement d'un diagnostic. Toutes les informations recueillies sont ensuite inscrites dans le dossier médical du patient. En fonction de l'évaluation de son état

³¹³ Dans les années 1980, les institutions hospitalières cherchent à améliorer la gestion des flux dans les services d'urgences en instituant les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) sur volontariat. Jusqu'en 1994, « on parle d'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation), sans que les textes en vigueur prennent en compte les compétences et responsabilités de l'infirmier(ère) exerçant dans le domaine de l'urgence (tri, orientation). L'exercice de la fonction d'IAO n'est que très peu cadré par des protocoles écrits et validés par le responsable médical. La fiche de poste n'est pas toujours diffusée au sein des établissements, la formation n'est pas obligatoire (le contenu et la durée fluctuent en fonction de l'organisme formateur), il n'y a pas de poste spécifique pris en compte dans les demandes budgétaires. (...) En 2001, le Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers (CCII) de la SFMU, présentait un projet de formation devant permettre aux infirmiers d'urgences de définir l'accueil, le tri et l'orientation, de déterminer les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la fonction d'IAO, de délimiter le champ d'activité, d'en déduire les axes de formation et d'aboutir à une démarche d'évaluation. En 2002, après avoir défini les axes de formation (rôle de l'IAO, accueil et soin relationnel, tri et processus de tri, aspects éthiques et juridiques, procédure d'évaluation, techniques de communication, gestion du stress) et la démarche d'évaluation (protocoles écrits, définition et utilisation de critères, actualisation des procédures), le CCII décide de bâtir un référentiel sur l'exercice de cette fonction. » Société francophone de médecine d'urgence, *Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil*, Paris, Brain Storming, 2004, p. 4-5. Théoriquement, l'infirmier devient alors organisateur de l'accueil (IOA), mais dans la pratique cette fonction est toujours appelée IAO par les professionnels des services enquêtés. Voir également : Bernard Marc, Patrick Miroux, Raphaëlle Benveniste, Dominique Pateron, Charles Jeleff, et Isabelle Piedade, « Le rôle de l'Infirmier(e) organisateur de l'accueil aux urgences », in *Guide infirmier des urgences*, Masson, 2008, p. 760.

³¹⁴ Remarquons qu'il n'y a pas d'IAO à la clinique privée E. Du fait de la taille réduite des urgences et du flux plus léger de patients qui s'y présentent chaque jour, l'agent d'accueil et les infirmiers du service effectuent directement les tâches d'évaluation et de tri des patients inscrits administrativement lors de l'installation dans le box de consultation.

de santé, le patient est, soit de nouveau renvoyé en salle d'attente, soit installé dans le service pour voir un médecin immédiatement. Le tri opéré par les infirmiers d'accueil et d'orientation s'effectue selon deux critères : la spécialité dont le patient relève (médecine, chirurgie, psychiatrie) et la gravité de sa pathologie. La combinaison de ces deux critères permet aux professionnels de déterminer un ordre de passage des patients qui donne la priorité aux urgences vitales sur les problèmes de santé moins graves. Ces professionnels régulent donc le flux d'entrée des patients dans le service, de façon à ce que tous les patients soient vus en fonction du type de problème de santé qu'ils présentent et de la gravité de leur état.

Les fonctions remplies par les infirmiers d'accueil et d'orientation sont diverses et délicates à plusieurs titres³¹⁵. Tout d'abord, et cette première raison fait de ce poste une affectation souvent redoutée, les IAO ont seuls la responsabilité de la première évaluation de la gravité de l'état de santé des patients. Ils déterminent le secteur de médecine, chirurgie ou psychiatrie dont va dépendre le patient, mais également l'urgence avec laquelle il devra être pris en charge par l'équipe soignante. Alors que les conséquences de ces décisions sont lourdes, Djibril, infirmier aux urgences de l'Hôpital public G, explique que l'essentiel de l'apprentissage de la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation se fait pourtant « sur le tas ». Il n'a lui-même bénéficié d'une formation professionnelle sur ce poste que presque deux ans après son arrivée dans le service où il a rapidement dû assumer la fonction d'IAO.

« On m'a dit "au fait, t'es à l'accueil dans quinze jours", "ah, ok". (...) C'est la place la moins confortable je trouve. (...) [Apprendre à évaluer la gravité de l'état de santé d'un patient en tant qu'IAO] ça c'est, malheureusement c'est sur le tas aussi. (...) [Mais] y'a du ressenti ouais, y'a des fois où effectivement une couleur sur un visage, des petites gouttes de sueur, y'a des choses qui, qui sont pas claires... » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

Pour Cécile, infirmière aux urgences de l'Hôpital public L, l'instinct et l'expérience jouent un rôle essentiel dans l'exercice de la fonction d'IAO.

« Quand tu vois les patients, y'en a tu vas dire – je sais pas si t'as vu ça ici en arrivant – "ah bah celui-là, je le sens pas", alors que tu te dis, après c'est ça aussi l'expérience, tu dis "ouais, ce Monsieur, je le sens pas" et en général, ça marche, c'est l'expérience aussi. Après, pourquoi est-ce que, lui, je le sens pas ? Je pourrais pas te le dire. » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

³¹⁵ Société francophone de médecine d'urgence, *Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil*, op. cit., p. 8□9.

D'autre part, les infirmiers d'accueil et d'orientation occupent une place centrale dans l'organisation des soins des services d'urgences, ils ont un rôle d'intermédiaire entre tous les protagonistes. Ils travaillent en étroite collaboration avec les agents d'accueil qui les sollicitent fréquemment pour décider de l'installation de certains patients dont l'état de santé leur semble préoccupant. Ils remplissent un rôle d'informateur auprès des patients à propos du fonctionnement du service, des délais et des raisons de l'attente qu'ils subissent ; mais également auprès de leurs accompagnants qu'ils renseignent quant aux soins en cours, aux résultats d'analyse en attente, etc. Il s'agit souvent de convaincre les usagers d'accepter des situations qui, dans d'autres circonstances, pourraient être considérées comme inadmissibles d'après Gilles, infirmier aux urgences de l'Hôpital public L.

« Y'a des choses qui pourraient être inadmissibles en dehors de l'hôpital, par exemple le fait d'attendre douze heures sur un brancard, dans un couloir, dans le froid, sans qu'on ait à manger, ça pourrait être, c'est perçu comme inadmissible n'importe où ailleurs qu'à l'hôpital, mais à l'hôpital quand on, nous en tant qu'acteurs, nous, pour nous c'est la banalité, c'est le quotidien, c'est ce qu'on voit ça tous les jours et il faut faire admettre au patient que c'est normal ce qui lui arrive. » Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Enfin, les IAO sont en contact permanent avec tous les membres des équipes soignantes du service afin de recueillir et de répercuter des informations sur les patients et les soins en cours, mais également en tant que coordinateurs des soins : ils ont une vision en temps réel de l'encombrement du service, localisent les patients et centralisent les informations relatives à leur prise en charge afin de pouvoir répondre à toutes les demandes les concernant (de la part des soignants comme des accompagnants). En tant qu'interfaces entre tous les acteurs des services d'urgences, les infirmiers d'accueil et d'orientation doivent donc gérer le mécontentement de leurs collègues face à la charge de travail qui découle de leurs décisions³¹⁶.

« On est un peu, enfin... C'est pas la tour de contrôle mais on est le fournisseur de travail, on est parfois vécu comme ça [par le reste de l'équipe des urgences] parce que l'infirmier d'accueil décide de l'installation, si faut que je mette en [salle de] déchoc[age], ben je mets en [salle de] déchoc[age] et il me faut une place, parce que j'ai jugé que, au vu des signes

³¹⁶ Nous avons été témoin, à de multiples reprises et dans tous les services d'urgences enquêtés, d'échanges entre infirmiers au cours desquels celui ou celle qui entamait son service en tant qu'IAO se faisait interpellé par ses collègues qui, en lui indiquant dans quel secteur ils travaillaient ce jour, lui demandaient d'être « sympa » avec eux et de ne pas leur envoyer trop de patients.

que présente le patient, ben il fallait, et de ses antécédents... C'est parfois mal vécu [par les collègues des secteurs de médecine et chirurgie] (...) alors qu'on sait pertinemment qu'on ne maîtrise absolument rien, (...) s'il faut installer, ben faut installer. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

En outre, parce que les IAO sont en amont des soins, qu'ils ne font qu'établir une estimation de l'état de santé des patients, sans participer de façon directe aux soins curatifs, ils sont souvent la cible de réactions d'angoisse de la part des usagers qu'ils prennent en charge. Certains infirmiers rencontrés vont jusqu'à décrire la confrontation avec la violence des usagers comme un risque prévisible du métier exercé dans des services d'urgences.

« Je dis pas que c'est normal, parce que c'est jamais normal de taper sur quelqu'un, de cracher sur quelqu'un mais c'est, c'est ouais, je dirais presque que c'est les risques du métier, bien sûr encore une fois j'ai pas choisi d'être infirmier pour me faire cracher dessus, pour me faire insulter, faut... Mais on sait bien que, quand on est aux urgences, ben forcément y'a de grandes chances qu'un jour ça dégénère. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

De l'avis des professionnels interrogés, la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation est ainsi une fonction exigeante, stressante, un poste à responsabilités qui demande beaucoup de sang-froid, un rôle pivot dont dépendent tous les acteurs des urgences et l'organisation concrète du flux des patients, du déroulement des soins dans le service. Elle semble à première vue très spécifique par rapport aux rôles techniques et relationnels plus généralement décrits comme caractéristiques des infirmiers travaillant dans les services hospitaliers³¹⁷. Pourtant, nous suggérons ici que cette fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation ne fait qu'institutionnaliser, au sein des services d'urgences, des tâches de gestion et de management des services que les infirmiers assument déjà de manière routinière dans la plupart des services hospitaliers. Suivant la remarque d'Everett Hughes selon laquelle « *le travail d'infirmière comprend tout ce qui doit être fait dans un hôpital mais qui n'est pas fait par d'autres catégories de personnes* »³¹⁸, nous

³¹⁷ Voir par exemple : Anne Véga, *Une ethnologue à l'hôpital: l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Ed. des Archives contemporaines, 2000 ; Brigitte Bon-Saliba, Brigitte Ouvry-Vial, et Jacques Saliba, *Les infirmières: ni bonnes, ni nonnes*, Paris, Syros, 1993, 249 p ; France Lert, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 1996, vol. 14, n° 3, p. 103-115 ; Geneviève Picot, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public: un rapport social instable - Le cas de deux services hospitaliers », *Revue française des Affaires Sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, p. 83-100 ; Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des Affaires Sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, p. 161-181 ; Françoise Acker, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. », *Sciences sociales et santé*, 1991, vol. 9, n° 2, p. 123-143.

³¹⁸ « *Il n'y a pas de poste de travail sans organisation, pas de travail sans d'autres personnes. Il est donc impossible de décrire le poste occupé par une catégorie de personnel sans parler du travail des autres. Puisque la plupart des infirmières travaillent dans des hôpitaux, l'étude du travail d'infirmière doit partir de l'inventaire de ce qu'il faut*

proposons de rendre ici visibles ces tâches de management des services (souvent peu valorisées par ceux qui les réalisent), qui font de plus en plus des infirmiers à la fois des pivots des équipes soignantes mais également des auxiliaires de l'administration hospitalière dans les services. L'analyse des perceptions que les infirmiers des services d'urgences, amenés à assumer régulièrement la fonction d'IAO, ont au sujet des patients qu'ils identifient comme roms permet de révéler l'importance quantitative et institutionnelle de ces tâches de gestion du service réalisées par les infirmiers.

Ainsi, nous allons constater que, selon ces professionnels, les patients qu'ils identifient comme roms sont avant tout caractérisés par leur *indiscipline*. Tout d'abord, ils mettraient en œuvre des stratégies de contournement du travail d'évaluation et de tri réalisé par les IAO (1) : les infirmiers rencontrés racontent les pratiques de « consultations collectives », de détournement des règles de priorisation qui régulent le flux des patients des urgences et de rejet du rythme de prise en charge dans le service auxquelles se livreraient les patients présumés roms. Ces pratiques nuiraient directement à la mission des infirmiers d'accueil et d'orientation de gestion du flux d'entrée des patients dans le service. Puis, dans un deuxième temps, les professionnels des urgences de l'Hôpital public L rencontrés rapportent les demandes d'hébergement d'urgence qui leur seraient régulièrement adressées par des usagers qu'ils identifient comme roms (2). Pris entre la tradition d'hospitalité de l'institution et les contraintes matérielles, les IAO de ce service doivent improviser des solutions qui relèvent davantage de la gestion managériale que du soin curatif ou relationnel pour faire face à cet usage non prévu des urgences, cet impensé institutionnel. En définitive, le manque de discipline des usagers présumés roms aux urgences met en lumière les tâches de management du service réalisées par les infirmiers des urgences, un rôle de « police » rarement assumé comme faisant partie du métier par les intéressés. L'étude des raisons qui ont initialement poussé ces enquêtés à choisir le métier d'infirmier et à l'exercer

nécessairement faire pour que fonctionne l'hôpital. D'une certaine manière, le travail d'infirmière comprend tout ce qui doit être fait dans un hôpital mais qui n'est pas fait par d'autres catégories de personnes. Pour chacune de ces nombreuses tâches, il faut se demander : "pourquoi est-elle accomplie par l'infirmière plutôt que par quelqu'un d'autre ?" Ce genre de question attire l'attention sur les frontières entre le travail d'infirmière et le travail de tous les autres types de personnel hospitalier. Il y a autant de frontières qu'il y a de catégories dans l'organisation. » Everett C. Hughes, Le regard sociologique. Essais choisis, op. cit., p. 70.

aux urgences montre que ces tâches de gestion des services sont très éloignées de leurs aspirations premières. Les infirmiers que nous avons rencontrés tracent alors de solides frontières morale et raciale à l'encontre des patients présumés roms en expliquant leurs comportements « déviants » par leur « différence culturelle ». Ils rendent les patients présumés roms responsables de ce surcroît de travail qui les éloigne de la définition de leur « rôle propre ». Ce faisant, ils dévoilent en réalité le peu d'autonomie professionnelle dont ils disposent dans l'exécution de cette mission de gestion du service, puisque ce sont les médecins du service qui en définissent les modalités de réalisation. Finalement, les situations dysfonctionnelles provoquées par le comportement « déviant » des usagers identifiés comme roms révèlent que la fonction d'IAO est définie par défaut, confirmant le statut subalterne des infirmiers par rapport aux médecins.

2.1. L'indiscipline des patients « roms » face aux infirmiers d'accueil et d'orientation

Pour les infirmiers travaillant dans les services d'urgences enquêtés, les usagers qu'ils identifient comme roms se distingueraient principalement par leurs manquements aux règles et procédures qui régissent la prise en charge des patients par le service. Les professionnels interrogés distinguent trois pratiques caractéristiques de cette indiscipline des usagers présumés roms aux urgences :

- la déclaration, auprès des infirmiers d'accueil et d'orientation, d'un motif de recours aux urgences plus grave que le motif réel. Cette pratique aurait pour objectif de permettre à l'utilisateur identifié comme rom de bénéficier en priorité de l'attention d'un médecin du service (1.1.) ;
- les « consultations collectives ». Cette pratique consiste, pour les accompagnants d'un patient présumé rom, à profiter de la consultation médicale de leur proche pour formuler des demandes concernant leur propre santé (1.2.) ;
- l'insoumission au rythme de la prise en charge. Les enquêtés décrivent la volatilité de l'engagement des patients présumés roms dans leur prise en charge et la fréquence à laquelle ils quittent le service prématurément (1.3.).

Pour les enquêtés, l'indiscipline des usagers présumés roms constitue clairement une entrave à la réalisation de la mission de management des flux de patients endossée par les IAO ; pour cette raison ils les qualifient de « mauvais patients ». On retrouve ici la définition que les infirmières interrogées par Anne Véga donnent

des « mauvais patients » : des « *personnes "indisciplinées", ayant "mauvais caractère", les "fortes têtes", "sales", "désobéissants", "parano", "nympho"... Il s'agit alors de "personnes remettant en cause les systèmes de pouvoir, qui s'opposent de gré ou de force à l'ordre hospitalier (...)"* ». ³¹⁹ Les comportements décrits comme spécifiquement roms sont perçus par les infirmiers des urgences comme autant d'affronts à leur autorité professionnelle. Ces professionnels se sentent contournés, ignorés, dévalorisés par ces pratiques. Ils expliquent alors ces comportements perturbateurs par « la différence culturelle rom ». La racialisation du comportement des usagers perçus comme roms permet aux professionnels infirmiers d'expliquer leur impuissance à réaliser leur mission de gestion des flux et de management du service.

2.1.1. Le contournement des règles de tri aux urgences

Au cours de la consultation IAO, les infirmiers recueillent un certain nombre de données physiologiques auprès du patient : température corporelle, saturation en oxygène, tension, rythme cardiaque, etc. Ces données fournissent des informations sur la gravité de l'état de santé du patient et sont inscrites dans son dossier médical. Mais l'observation des consultations IAO et les propos d'infirmiers occupant régulièrement ce poste indiquent que la priorisation du passage des patients en consultation médicale repose essentiellement sur le dialogue qui s'engage entre l'infirmier et le patient. Ce sont les déclarations du patient qui vont principalement déterminer son ordre de passage et le secteur qui l'accueillera (médecine, chirurgie ou psychiatrie) : sa parole prime sur les données physiologiques recueillies ³²⁰. Même si ses constantes vitales semblent normales, un patient qui se plaint de douleurs dans la poitrine sera, par exemple, considéré comme susceptible d'avoir un problème cardiaque et donc classé parmi les cas prioritaires. Dans le doute, les infirmiers d'accueil et d'orientation ne prennent aucun risque. Ils attendent donc du patient qu'il accepte de décrire ses symptômes

³¹⁹ Anne Véga, « Les infirmières hospitalières françaises: l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 1997, vol. 15, n° 3, p. 116.

³²⁰ Nous reviendrons sur les problèmes posés par la prise en charge de patients parlant peu ou pas français dans le cadre du chapitre 5, voir pp.311-347.

au plus juste, sans retenue ou pudeur. Clotilde, agent d'accueil des urgences de l'Hôpital public G, raconte avoir été reprise sur ce point par une infirmière d'accueil et d'orientation dès son arrivée dans le service.

« Y'a certaines douleurs qu'y faut pas laisser en salle d'attente. Moi, le patient, il vient, il me dit "j'ai mal à la poitrine", moi j'écris quoi sur le dossier, "mal à la poitrine", je le mets en salle d'attente. [Et l'IAO me dit] "mais faut pas le mettre en salle d'attente ! Il peut faire un infarctus !" » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

Pour cette raison, les paramédicaux rencontrés considèrent que la parole du patient, sa capacité à répondre correctement aux questions et donc à s'investir dans la relation de soin, entrent dans la définition du patient idéal.

« [Le patient idéal,] il est calme, il répond à toutes les questions correctement, il écoute ce qu'on lui dit, ce serait ça un bon patient (...). » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

L'observation des services d'urgences permet de constater une gradation dans le niveau d'information que les patients fournissent aux professionnels hospitaliers qu'ils rencontrent. Les paramédicaux expliquent que plus les patients sont proches de la consultation avec le médecin, plus le niveau de détails et de véracité de leurs propos augmente. Les infirmiers d'accueil et d'orientation, qui reçoivent les patients dans un box individuel, obtiennent davantage d'informations sur l'état de santé réel du patient que l'agent d'accueil, mais souvent bien moins que le médecin. Au dire des enquêtés, il n'est pas rare que les patients omettent, volontairement ou non, certains détails concernant la raison de leur venue aux urgences. Généralement, les professionnels hospitaliers expliquent ces « mensonges » par la pudeur, l'anxiété ou la gêne du patient.

« Souvent on se rend compte que, déjà, entre le moment où ils viennent s'inscrire au guichet, on leur demande le motif, ils disent quelque chose, y'a pas vraiment de confidentialité parce que y'en a cinquante qui font la queue derrière, beaucoup qui se rapprochent donc ils sont un peu gênés, après dans le box avec l'infirmière d'accueil, ils vont dire plus ou moins de choses, aussi en fonction des questions qu'on pose et, des fois, on se rend compte que ce qu'ils disent au médecin derrière, ça n'a rien à voir avec ce qu'ils nous ont dit [à] nous. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« Les hommes qui ont trompé, je ne jette pas la pierre, je ne juge pas. Les hommes qui vont te dire "j'ai mal au ventre" et en fait c'est pas le ventre, c'est beaucoup plus bas. Et tu te rends compte qu'il a... eu un souci parce que il a fait cracrac, parce qu'il y a eu un rapport non protégé. T'es comme ça en salle IAO, tu tires les vers du nez en permanence. » Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

Les infirmiers d'accueil et d'orientation font régulièrement l'expérience de voir démenti au cours de la consultation médicale le motif de recours qui leur est déclaré par le patient. Ils vivent parfois ces situations comme un manque de

confiance en leurs compétences professionnelles de la part des usagers. Ainsi, Bertille, infirmière aux urgences de l'Hôpital public L, évoque la « réticence » de certains patients à être pris en charge par un infirmier d'accueil et d'orientation et non par un médecin.

« L'accueil, c'est aussi mettre en confiance les personnes, et ça aussi c'est difficile parce que y'a beaucoup de gens qui déjà n'ont pas confiance en le jugement des infirmières à l'accueil, c'est-à-dire qu'ils pensent que ce sont des médecins et quand on leur dit "ben non, je suis l'infirmière", tout de suite on sent qu'il y a, comme si on n'était pas capables de faire ça. Donc généralement je leur explique qu'on est formés, qu'on a des formations en plus et que ça a toujours été des infirmières à l'accueil, mais on sent qu'il y a une certaine réticence (...) parce que y'a, on n'a pas la blouse blanche quoi. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour Cécile, sa collègue, le fait que le patient présente un motif de recours différent en fonction de son interlocuteur (IAO ou médecin) est un échec professionnel. Ce serait le résultat d'une erreur, de quelque chose qui n'a pas « fonctionné » lors de la relation de soin établie entre le patient et l'infirmier d'accueil et d'orientation. La question de la confiance du patient envers l'infirmier reste au centre de la réflexion.

« A l'accueil, y'a un patient qui va dire "ouais, j'ai ça, ça", et puis en fait, le médecin, il va venir te voir "ben, en fait, c'est pas ça du tout", ben là tu te dis que t'as complètement raté, dès le début, mais alors pourquoi ça n'a pas fonctionné ? Peut-être que le patient, il n'aimait pas ma tête, enfin je sais pas c'est... » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Pourtant, au dire de la majorité des infirmiers interrogés, la situation serait différente dans le cas des « Roms ». En effet, les patients présumés roms ne dissimuleraient pas leur réel motif de recours aux urgences par gêne ou par manque de confiance envers les IAO comme les autres patients, mais par ruse. La plupart des infirmiers que nous avons rencontrés présentent en effet comme une spécificité de cette population le fait de mentir à dessein au sujet de leur motif de recours aux urgences afin d'être admis en priorité dans le service³²¹.

Rapportant les propos tenus par des professionnels de santé portugais concernant leurs perceptions de patients identifiés comme tsiganes, Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes relèvent que « *si la relation individuelle avec le malade tsigane ne pose pas de problème particulier, il existe de la part des professionnels un*

³²¹ Seuls les professionnels des urgences de l'Hôpital public G comparent parfois l'« indiscipline » des « Roms » à celle des « Turcs ».

sentiment de suspicion et de méfiance en ce qui concerne la véracité de la plainte du Tsigane, renforcé par la façon confuse, insistante et accusatoire avec laquelle elle se fait. Les références à la difficulté de recueillir une information cohérente et fiable auprès du malade sont récurrentes. »³²² Les paramédicaux interrogés en région parisienne expriment également une grande méfiance quant aux déclarations faites par les patients présumés roms à l'accueil des urgences. Ils décrivent notamment comme une spécificité des patients « roms » le fait de majorer leurs motifs de recours, c'est-à-dire de décrire comme plus graves qu'ils ne le sont en réalité les symptômes qui les ont conduits à s'adresser aux urgences³²³. L'objectif visé serait d'éviter de patienter trop longtemps en salle d'attente en étant classé parmi les cas prioritaires du service. Ce faisant, les enquêtés supposent que les patients qu'ils identifient comme roms connaîtraient les règles de fonctionnement des services d'urgences, au point de pouvoir les détourner à leur profit. Anselm Strauss notait, à propos de patients disposant d'une telle connaissance des services, et de l'institution de santé en général, qu'ils constituent un défi pour les professionnels de santé³²⁴ ; ce qui semble effectivement être la perception des infirmiers travaillant dans les services d'urgences enquêtés à propos des patients qu'ils identifient comme roms.

Du fait de sa taille modeste, le service des urgences de la Clinique E n'a pas, à proprement parler, institué de poste d'infirmiers d'accueil et d'orientation. C'est Eugénie qui, en tant qu'agent d'accueil, assume de fait les fonctions d'évaluation de l'état de santé des patients, de détermination de leur ordre de passage et de régulation du flux d'entrées dans le service. L'enjeu est important pour cette hôtesse d'accueil : de sa décision dépendent le sort des patients les plus graves et le niveau d'encombrement du service. Elle reçoit fréquemment, à l'accueil des urgences, des familles « roms » domiciliées à proximité de la clinique. Elle dit avoir l'habitude de ces familles et connaître leurs façons de faire. Selon elle, il est habituel que les « Roumains » majorent leur motif de venue aux urgences pour passer en priorité.

³²² Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *op. cit.*, p. 56.

³²³ Voir à ce sujet le tableau intitulé « Les quatre figures de la véracité », Didier Fassin, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *op. cit.*, p. 24.

³²⁴ Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek, et Carolyn Wiener, « The work of hospitalized patients », in *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers., New Brunswick, NJ, 1997, p. 191-209.

« Les Roumains, ils veulent tout de suite passer "bonjour Eugénie, mon bébé est très malade, avec quarante de fièvre, est-ce que tu peux pas me la prendre tout de suite?" Si elle a vraiment quarante de fièvre, pas de problème, on la fait passer tout de suite parce que c'est un enfant, on essaie de faire passer rapidement les enfants. Mais si je prends sa température et je vois qu'elle a pas quarante de fièvre, je considère qu'elle m'a menti et si elle vient pour une angine, elle attendra. Et, dans ce cas, elle me dit "non, elle avait la fièvre il y a deux jours, mais aujourd'hui elle a pas" parce que je lui ai dit que j'allais chercher le thermomètre, ou si je la tâte et je vois que la petite est en train de gambader partout, je me dis que je vais faire passer deux ou trois personnes qui attendent depuis longtemps et je vais la mettre au milieu. » Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

Eugénie use de son pouvoir discrétionnaire pour contrecarrer ce qu'elle considère comme une « manipulation » des règles de fonctionnement de l'institution de santé : elle remet ouvertement en question les déclarations des usagers présumés roms sur leur état de santé. La taille modeste de la clinique E, établissement où le niveau d'interconnaissance entre professionnels de santé et habitués³²⁵ est important, lui offre la possibilité d'une certaine souplesse dans l'application des règles du tri des urgences. En cas de doute, l'agent d'accueil peut facilement solliciter les infirmiers ou les médecins du service. Mais cette souplesse n'existe pas dans tous les établissements enquêtés.

Dans les établissements de taille plus importante, le flux de patients (jusqu'à cent cinquante passages par jour aux urgences de l'Hôpital public L, par exemple) impose une standardisation des procédures d'évaluation de l'état de santé des patients et de hiérarchisation des cas pathologiques. Ces procédures sont mises en place par l'équipe médicale. Les médecins définissent les informations qu'ils souhaitent voir recueillies par les infirmiers d'accueil et d'orientation en fonction des symptômes déclarés par les patients. Ainsi, par économie de temps et de moyens, seuls les patients présentant certains symptômes subissent, par exemple, une ECG (électrocardiographie) dans le box IAO. Ces procédures encadrent fermement la pratique professionnelle des infirmiers d'accueil et d'orientation. A l'hôpital public G par exemple, certains motifs de venue déterminent de façon incontournable une prise en charge prioritaire, même lorsque l'expression du motif de recours fait naître des doutes dans l'esprit des soignants chargés du tri.

³²⁵ Albert Ogien, « L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers », *Revue Française de Sociologie*, janvier 1986, vol. 27, n° 1, p. 29.

Emmanuelle est infirmière aux urgences de l'Hôpital G. Elle est née en région parisienne de parents antillais maintenant à la retraite. Son père avait une entreprise de carrosserie automobile et sa mère, d'abord hôtesse de caisse, est ensuite devenue auxiliaire de vie auprès de personnes âgées. Dès le collège, Emmanuelle s'intéresse au « métier de puéricultrice parce que [elle] voulais[t] prendre soin des enfants, des bébés, des choses comme ça »³²⁶. Après l'obtention de son baccalauréat, elle trouve alors un emploi à temps plein en tant qu'hôtesse dans un musée et prépare le concours d'infirmière sur son temps libre. Elle est admise dans deux instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et choisit celui de l'Hôpital public G, plus proche de son domicile. Malgré un premier stage infirmier difficile au cours duquel elle dit avoir été victime d'un « délit de sale gueule »³²⁷ de la part de sa référente, elle poursuit dans cette voie. Une fois diplômée, elle obtient un poste de nuit dans le service de maternité de l'Hôpital G.

« J'ai fait une nuit où une nana a fait une hémorragie de paroi, il a fallu faire une mini réa[nimation], mettre des macro-molécules, bref on a fait de la réa, des urgences, ça m'a vachement plu. Et ce soir-là, je me suis vachement interrogée "waouh la mater[nité] c'est bien mais..." (...) Je me suis dit "non, je ne vais pas faire ça pendant vingt ans, c'est pas possible". (...) En fait, tu te rends compte que cet état de stress, d'angoisse, d'être dans le speed me ressemble plus. Je me suis dit qu'il fallait que je trouve un truc qui y ressemble et une ancienne qui bossait à la mater[nité] et qui avait fait des urgences me dit "je pense qu'il faut que tu ailles faire un tour aux urgences". C'est là que je me suis dit que j'allais postuler. » Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

Au moment de l'entretien, Emmanuelle travaille depuis cinq ans aux urgences de l'Hôpital public G. Elle est passionnée par la prise en charge des urgences vitales et dit vouloir « aller à l'étape au-dessus, donc, l'étape suivante, c'est le SMUR ». Alors qu'on aborde la question de la diversité du public des urgences de l'Hôpital public G, Emmanuelle raconte qu'un patient parlant français avec un fort « accent

³²⁶ « En sortant du lycée, je me suis présentée à l'école de puériculture pensant que je pouvais passer le concours directement et ils m'ont demandé en quelle année j'avais été diplômée. "J'ai eu mon bac cette année", "non, pas votre bac, votre diplôme d'Etat", "Diplôme d'Etat qu'est-ce que c'est?". (...) Et c'est là que la nana super gentille que j'ai rencontrée qui me dit "ah non c'est pas comme ça ! Il faut passer le concours de l'école d'infirmière, faire trois ans et demi et de là, après, tu peux prétendre à [la spécialité de puéricultrice]". » Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

³²⁷ « J'ai appris après que la surveillante était particulière, qu'elle avait des soucis avec les Noirs alors qu'elle était noire. (...) Parce que plusieurs de mes collègues noirs de peau sont passés après et y'a eu des soucis. Une qui a bossé avec elle et que je connais très bien m'a dit que, effectivement, elle avait des soucis avec les gens de couleur. Y'a des racistes partout, pas que chez les blancs. Y'a des racistes chez les Arabes, chez les Noirs. Y'a du racisme partout. Trop noire pour être blanche, trop blanche pour être noire (rires) ! Tu vois le délire, c'est ça parce que les gens ne savent pas d'où je viens, ils ne connaissent pas mes origines, se disent "ça doit être une métisse comme ça". J'ai la peau assez claire, pas les cheveux crépus, y'a quelque chose qui ne va pas ! (rires) Y'a comme qui dirait un défaut ! Donc comme ils ne savent pas, ils jalouent. » Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

des Gens du voyage » aurait utilisé l'expression typiquement médicale « douleur tho » (pour « douleur thoracique ») pour décrire son problème de santé au cours d'une consultation IAO. Pour elle, l'utilisation de cette expression est le signe que les patients qu'elle identifie comme roms « connaissent le filon », ils savent ce qu'il faut dire pour être vus en priorité par le médecin.

« Je l'ai vu faire et puis ils connaissent le filon. Ils entendent, ils ne sont pas neuneus, au contraire. Contrairement à ce que des personnes pensent, ils sont loin d'être bêtes. Quand le type arrive et te dit qu'il a une "douleur tho", tu le regardes "vous êtes docteur?", il te parle avec un bon accent des Gens du voyage "j'ai une douleur tho". Parce qu'il a déjà eu l'expérience de venir et il dit ça parce qu'il sait qu'il va passer plus vite et, au final, il a une toux qui date de Mathusalem, ce qui fait qu'il a mal au thorax. Mais ils sont pas méchants. Je me dis que c'est peut-être une des seules façons qu'ils ont d'accéder aux soins et que je peux pas leur fermer la porte à la figure. » Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

Ainsi, les patients identifiés comme roms connaîtraient suffisamment l'institution de santé pour avoir appris le vocabulaire spécifique et les règles professionnelles qui régissent l'entrée des urgences. Notons toutefois que ce patient, qui vient pour une toux, a bien une douleur au thorax comme le relève l'infirmière. L'expression « douleur tho » est donc utilisée à bon escient, pourtant c'est précisément l'emploi de cette expression jugée trop technique dans la bouche d'un patient présumé rom qui pousse la professionnelle à suspecter une forme de manipulation (« il sait qu'il va passer plus vite »)³²⁸. Pas un instant, elle ne considère par exemple que l'usage de cette expression puisse être dû à une mauvaise maîtrise de la langue française – bien qu'elle souligne le « bon accent » du patient. En présentant ce motif de recours aux urgences, ce patient ne laisse pas d'autre choix à l'IAO que de le classer parmi les cas prioritaires du service. Pour Emmanuelle, la véracité de ce motif de recours est pourtant sujette à caution, elle estime que ce patient présumé rom tente en réalité de contourner son autorité professionnelle pour passer devant les autres personnes qui attendent de voir le médecin. La suspicion de

³²⁸ Pour Anthony Giddens, les sujets étant des êtres réflexifs, ils interprètent les situations qu'ils vivent, conditionnant ainsi leurs propres actions et, de ce fait, les systèmes sociaux. Pour l'auteur, « sur le plan logique, la critique d'une croyance est aussi la critique de n'importe quelle activité ou pratique accomplie à partir de cette croyance ; dans la mesure où une telle critique représente une raison pour agir, elle a une force compulsive sur le plan de la motivation. Lorsque la croyance en question porte sur une partie ou une dimension d'une conduite et se rapporte au monde naturel, en démontrer la fausseté conduira l'agent à modifier son comportement en conséquence. Si un tel changement ne se produit pas, il faudra présumer que d'autres considérations ont plus d'importance aux yeux de l'agent, qu'il saisit mal les conséquences de la fausseté de la croyance, ou qu'il n'est pas convaincu de sa fausseté. » Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 406.

manipulation est ici introduite par des remarques sur l'intelligence des « Roms » (« ils ne sont pas neuneus », « ils sont loin d'être bêtes »)³²⁹.

Gilles, infirmier aux urgences de l'hôpital public L depuis dix-neuf ans, partage également ce sentiment que les patients présumés roms manipuleraient les règles de fonctionnement des institutions hospitalières à leur profit. Il fait lui aussi référence à leur intelligence, à leur capacité à « décortiquer le système » pour profiter du système social français. Né en 1959 à Paris, Gilles s'engage dans l'armée pour « sortir du foyer familial, pour pouvoir poursuivre des études dans de meilleures conditions », c'est par ce biais qu'il devient infirmier³³⁰. A vingt-quatre ans, il intègre l'IFSI de l'Hôpital public P pour « reprendre tout le cursus » parce qu'il n'y a « pas de passerelle entre infirmier militaire et infirmier civil ». Une fois diplômé, il travaille pendant cinq années dans des services de chirurgie, puis choisit de se tourner vers les urgences de l'Hôpital public L. Comme Emmanuelle, Gilles cherche avant tout aux urgences une expérience professionnelle tournée vers l'imprévu, requérant des qualités de réactivité et technicité : « c'était l'endroit où ça bougeait le plus, où y'avait le plus d'ouverture sur toutes les pathologies ». Gilles décrit les « Roms » comme des « assistés » « malins » qui seraient pris en charge par l'hôpital sous « un faux prétexte ».

« Quand je disais qu'ils [les Roms] sont malins, ils savent décortiquer le système, etc., c'est-à-dire en fait, non, c'est pas qu'ils demandent, c'est pas qu'ils revendiquent leur droit d'être assistés, c'est qu'en fait ils viennent sous un faux prétexte, ils viennent pour un, ils disent "je peux pas marcher, je peux pas marcher et donc je veux voir un médecin, je veux qu'on me garde, je veux qu'on m'hospitalise parce que je peux pas marcher". Et puis cette personne-là, au bout de deux-trois heures, on la voit subrepticement aller aux toilettes, revenir, se rallonger, après on lui demande de se lever pour aller voir le médecin etc., "aïe, aïe, je peux pas ! Je peux pas, je peux pas marcher", là où ça se passe mal c'est quand on leur fait comprendre qu'on les a vus marcher quinze minutes avant et qu'on va pas accepter qu'ils se fichent de nous, et là, ça se passe très mal, parce que là, ils deviennent agressifs etc., et voilà. » Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

³²⁹ Nous retrouverons cette notion d'« intelligence » des « Roms » dans les propos des médecins, voir *infra* chapitre 3.

³³⁰ « Là maintenant, y'a les établissements d'excellence, ben c'est une opportunité pour les jeunes de maintenant, à l'époque moi j'avais pas ça, j'aurais fait n'importe quoi, j'ai pris l'armée parce que ça se présentait. Donc... et donc bah au bout de trois mois, même pas, au bout de quinze jours, je me suis bien rendu compte que j'étais pas fait pour l'armée, mais quand on rentre là-dedans, on en ressort pas comme ça (...). Quand on a dix-huit ans, on a les yeux grands ouverts et on capte tout et donc je me suis rendu compte rapidement que l'armée c'était pas fait pour moi. J'ai choisi déjà la spécialité la plus éloignée de tout ce qui était militaire, donc le truc qu'était le plus éloigné c'était infirmier, donc j'ai pris ça, comme j'ai pris l'armée pour pouvoir sortir de la maison, et puis donc une fois infirmier, j'ai fait mes cinq ans que je devais à l'Etat et, et puis une fois que c'était fait, ben je suis parti. » Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Ces professionnels des urgences condamnent fermement l'indiscipline et les « mensonges » des patients identifiés comme roms concernant leur motif de recours aux urgences, ils tracent une solide frontière morale autour des membres présumés de ce groupe. Dans des établissements comme l'Hôpital L ou l'Hôpital G, les infirmiers d'accueil et d'orientation ne peuvent pourtant pas déroger au principe qui veut que la parole du patient prime sur les constantes physiologiques recueillies dans le box IAO. Ils sont contraints, malgré leurs doutes, de faire passer ces patients présumés roms en priorité ou de les garder en hospitalisation ; ce qui les amène à exprimer leur sentiment de se faire manipuler par les patients présumés roms qui les empêcheraient de réaliser correctement leurs tâches professionnelles. L'évaluation qu'ils font de leur état de santé leur semble faussée par leurs déclarations « mensongères », ce qui introduit des inexactitudes dans leur mission de tri et de priorisation des patients aux urgences. Dans l'exercice de cette fonction professionnelle difficile et stressante, la plupart des infirmiers d'accueil et d'orientation interrogés expriment leur impuissance et leur frustration face aux déclarations jugées équivoques des patients présumés roms. Pourtant, Emmanuelle et Gilles réagissent différemment à la découverte de cette manipulation supposée. Alors que le second décide de faire savoir au patient qu'il n'accepte pas qu'« ils se fichent de [lui] » au risque que « ça se passe mal », la première choisit de fermer les yeux, interprétant le « mensonge » du patient comme une technique de survie (« c'est peut-être une des seules façons qu'ils ont d'accéder aux soins »). L'idée sous-jacente selon laquelle les « Roms » vivraient à la fois repliés sur leur « communauté », leur « clan » et dans des conditions socio-économiques particulièrement difficiles est partagée par de nombreux professionnels infirmiers. Cette perception des usagers identifiés comme roms leur permet ainsi d'expliquer, au nom de l'égalité d'accès aux soins, des comportements qu'ils réprouvent et qui gênent leur pratique professionnelle.

« Pour moi, les Roms, c'est les gens qui vivent un peu – les, enfin pas les Gens du voyage parce que c'est pas tout à fait la même chose – mais ça se rapprocherait plus de ça, qui vivent un peu en clan assez fermé, au niveau de la famille, là, enfin, c'est un peu un jugement rapide mais c'est le fait qu'ils soient venus en famille, nombreux, et puis, enfin voilà. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« C'est vrai qu'ils vivent entre eux, ils ont leurs règles à eux et, à l'extérieur, ils font comme ils ont toujours fait quoi. » Donia, 25 ans, infirmière, service de chirurgie, Clinique privée E.

Le mode de vie « communautaire », voire autarcique, des membres du groupe « rom » expliquerait leur méfiance à l'égard du système de santé majoritaire et, par conséquent, leurs « mensonges » visant à s'assurer qu'ils seront bien pris en charge. Cette racialisation du comportement perturbateur des patients présumés roms permet ainsi à certains infirmiers que nous avons rencontrés d'expliquer la manipulation dont ils estiment faire l'objet de la part de ces patients.

Alors que, selon les enquêtés, les patients présumés roms ne sont pas les seuls à dissimuler le motif réel de leur venue aux urgences, seuls les patients présumés roms sont suspectés de mentir à dessein et de détourner intentionnellement les règles de fonctionnement du service pour ne pas avoir à subir l'attente habituelle dans les services d'urgences. Les infirmiers d'accueil et d'orientation que nous avons rencontrés estiment que ces « fausses déclarations » les empêchent de réaliser correctement leur mission d'évaluation et de tri des patients des urgences. La racialisation du comportement des patients présumés roms par les enquêtés révèle de façon sous-jacente l'impuissance ressentie par les IAO dans la conduite de cette mission de tri et de hiérarchisation des patients en fonction de la gravité de leur état de santé. Les procédures mises en place par l'équipe médicale pour régir le tri des patients à l'accueil des urgences s'imposent aux infirmiers d'accueil et d'orientation. L'infirmier qui occupe la fonction d'IAO, tout en portant la responsabilité du tri des patients se présentant aux urgences, ne dispose que d'un pouvoir d'appréciation limité par les procédures mises en place par les médecins du service. L'impuissance et la frustration exprimées par les infirmiers d'accueil et d'orientation face aux « fausses déclarations » des patients présumés roms semblent dès lors résulter davantage du manque d'autonomie professionnelle dont disposent ces soignants que des « mensonges » des usagers qui constituent en réalité la routine des IAO. E. Hughes³³¹ désigne par le terme « mandat » *« l'autonomie qui est laissée aux membres de la profession pour définir la façon dont doivent être exécutées les tâches faisant partie de leur licence »*³³². Selon cet auteur, le « mandat » permet au professionnel de « définir les comportements que

³³¹ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 99-106.

³³² Florent Champy, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 56. « On peut dire qu'un métier existe quand un groupe s'est fait reconnaître la licence exclusive d'exercer certaines activités en échange d'argent, de biens ou de services. » Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 99.

devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à [son] travail »³³³. Les médecins des urgences ont ainsi un mandat leur permettant de définir et contrôler les conditions de travail des paramédicaux, parmi lesquels les infirmiers d'accueil et d'orientation. *A contrario*, ces derniers ne disposent pas du mandat les autorisant à définir eux-mêmes les procédures encadrant leur mission de tri des patients aux urgences. En ce sens, les infirmiers restent subordonnés aux médecins dans l'exercice de la fonction d'IAO. Le comportement prêté aux patients présumés roms ne fait que mettre en lumière l'étroitesse du mandat dont disposent les IAO pour mener à bien des tâches professionnelles éloignées des raisons pour lesquelles ils ont choisi de travailler aux urgences en premier lieu.

2.1.2. Les « consultations collectives » : source de désaccords entre professionnels

La présence « massive » des membres de la famille ou de la « communauté » lors de la prise en charge des patients identifiés comme roms est bien documentée par la littérature relative au rapport que cette population entretiendrait avec les institutions de santé³³⁴. En revanche, aucune mention n'y est faite de ce que les professionnels de santé rencontrés en Ile-de-France appellent les « consultations collectives ». Par cette expression, les infirmiers interrogés désignent le fait que les accompagnants d'un patient présumé rom – qui a procédé à son inscription administrative et dont l'état de santé a été évalué par l'IAO – profitent de la consultation médicale de leur proche pour interpellier le médecin au sujet de leurs propres problèmes de santé. Le médecin se retrouve alors à devoir prendre en charge plusieurs patients pour diverses pathologies en même temps, alors qu'un seul d'entre eux a été reçu par l'infirmier d'accueil et d'orientation. D'après les enquêtés, ces « consultations collectives » seraient une particularité des usagers présumés roms, illustrative de leur indiscipline.

« Quand ils [les Roms] viennent, c'est une consultation collective. (...) J'ai eu comme ça toute une famille (rires), j'ai eu un week-end le papa, la maman et les enfants. (...) Y'en a

³³³ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 99.

³³⁴ Jacqueline Charlemagne, « Politiques sociales, exclusion, santé », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, p. 10-33 ; Camille Duranteau, *La santé des gens du voyage: approche sanitaire et sociale*, Paris; Montréal (Québec), l'Harmattan, 1999 ; Jean-Pierre Liégeois (dir.), *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France*, op. cit.

un qui a mal à la gorge, l'autre ici, l'autre machin... » Lucie Tandraya, 44 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

Les infirmiers interrogés interprètent généralement cette pratique comme un effet d'aubaine de la part des familles présumées roms, une solution de facilité qui leur permet de ne pas se soumettre aux règles de tri des services d'urgences et à l'attente qui en résulte souvent en cas de problèmes de santé mineurs – comme c'est souvent le cas des demandes formulées au cours de ces « consultations collectives ». Jeanine, une infirmière aux urgences de l'Hôpital public L, parle ainsi de « facilité » pour expliquer les « consultations collectives » des familles présumées roms.

« Parfois ils arrivent, c'est le père qui doit être soigné, la mère en profite aussi en même temps et on demande aussi pour le petit garçon, (...) c'est la facilité quoi. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Paola, aide-soignante aux urgences de l'Hôpital public L, raconte qu'il y en a toujours « un ou deux qui sont malades en plus » et qui réclament des soins³³⁵. Elle les imite : « Moi aussi j'aimerais bien ! Moi aussi j'aimerais bien ! ». Son ton de voix laisse entendre que ces patients ne nécessiteraient aucunement des soins urgents. Il s'agirait davantage d'une opportunité à saisir de se faire ausculter sans attendre ou décliner son identité. Paola conclut son propos sur le fait qu'elle « ne comprend pas trop cette culture-là ». Le lien est ainsi évident, pour elle, entre la spécificité culturelle des patients qu'elle identifie comme roms et ce comportement qu'elle juge inapproprié.

Cette aide-soignante n'est pas la seule à réprover la pratique des « consultations collectives », quasiment tous les paramédicaux interrogés portent un jugement négatif sur ces pratiques qui engorgent les urgences, et en particulier les infirmiers d'accueil et d'orientation³³⁶. En effet, lors des « consultations collectives », le patient « principal » est le seul à avoir décliné son identité à l'agent d'accueil puis à avoir été examiné par l'IAO et, ce faisant, à avoir fourni les informations nécessaires à l'établissement de son dossier administratif et médical. Les demandes de soins formulées, lors de la consultation médicale, par les accompagnants de ce

³³⁵ Paola, 27 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public L.

³³⁶ Seul Djibril, infirmier aux urgences de l'Hôpital public G, cherche à justifier autrement cette pratique des « consultations collectives » : « les codes du comportement, où je dois m'adresser, oui, c'est très compliqué. Pour eux [les Roms], encore plus : ils débarquent là, ils connaissent pas, ils sont paumés, ils sont paumés. C'est pour ça qu'ils font des tirs groupés je pense, puis c'est aussi plus rassurant peut-être. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

patient principal mettent à mal le travail de tri des patients et de régulation des entrées dans le service dont les infirmiers d'accueil et d'orientation sont responsables. En tant que pivots des services d'urgences, ils décrivent alors cette pratique comme un contournement de leur mission professionnelle et une source potentielle de conflits avec les médecins du service.

En passant du rôle d'accompagnants à celui de patients lorsqu'ils atteignent la phase de consultation médicale, les usagers présumés roms court-circuiteraient le système de régulation du flux des entrées dans le service d'urgences et bouleverseraient le rythme de travail du service. Leur indiscipline provoque de nombreuses interrogations chez les IAO : que faire de ces patients de dernière minute ? Les médecins doivent-ils accepter de les ausculter au mépris des règles institutionnelles relatives à l'ordre de passage aux urgences ? Ces patients de dernière minute doivent-ils être enregistrés administrativement après la consultation médicale ? A qui la responsabilité institutionnelle de ces pratiques qui bouleversent le fonctionnement du service doit-elle être imputée ?

Bertille est infirmière aux urgences de l'Hôpital public L et, à l'instar de nombreux infirmiers rencontrés dans des services d'urgences, elle conçoit les « consultations collectives » des patients présumés roms comme une remise en cause de son rôle professionnel en tant qu'IAO. Après un bac littéraire-musique, elle débute des études de droit à la faculté de Nantes, mais abandonne en deuxième année pour passer le concours infirmier. Fille de deux infirmiers psychiatriques, elle dit avoir « baigné un peu dans ce truc-là toute [son] enfance ». Elle fait ses études dans un IFSI nantais. Sortie major de sa promotion, elle choisit un poste aux urgences de l'Hôpital public L où elle avait réalisé son stage pré-professionnel pour se « confronter à un gros service d'urgences » ; poste qu'elle occupe toujours trois ans après –malgré les difficultés liées au « manque de personnel constant ». Elle se définit elle-même comme une infirmière « technicienne » et envisage de poursuivre sa carrière dans un service de réanimation. A ses yeux, les « consultations collectives » auxquelles se livreraient les accompagnants des patients qu'elle identifie comme roms posent de nombreux problèmes : elles sont

sources d'incertitudes en matière d'identitovigilance³³⁷, engorgent le service et remettent en cause la priorisation des patients selon la gravité de leur état de santé.

« Ça pose une question d'organisation : (...) est-ce que le médecin va pouvoir voir l'ensemble de la famille ou est-ce qu'il va les voir séparément ? Y'a des soucis après, faut faire attention à l'identité parce que s'ils ont le même nom de famille, y'a certaines nationalités où les enfants ont aussi le prénom du père ou de la mère ou, donc là ça devient très compliqué pour ne pas faire d'erreur. Et puis, y'a le, y'a le côté nombre c'est-à-dire qu'une famille qui vient à trois c'est gérable, une famille qui vient à six déjà ça va compliquer un peu, ça va prendre plus de temps et nous, on a toujours cette notion de temps derrière, voilà, est-ce qu'on peut se permettre de prendre ce temps-là en fonction de la situation des urgences en général à ce moment-là ? C'est le médecin qui décide. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Ce témoignage montre que l'indiscipline des usagers présumés roms placerait les infirmiers d'accueil et d'orientation en porte-à-faux vis-à-vis des médecins. Le tri et la régulation des patients en amont de la consultation médicale relèvent de leur responsabilité. Lorsque les accompagnants présumés roms bouleversent les procédures de passage aux urgences et se présentent devant le médecin sans avoir été enregistrés et évalués, les IAO n'ont pas pu mener à bien leur mission principale et le service dans sa totalité en subit les conséquences. Par exemple, ces patients de dernière minute présentent fréquemment un motif de recours inadapté à la spécialité du médecin qui les reçoit (médecine ou chirurgie). Leur état de santé est rarement jugé prioritaire par rapport aux patients qui respectent les règles de fonctionnement du service et patientent en salle d'attente. Pour les médecins, l'essentiel semble alors de ne pas se laisser submerger par le nombre afin de rester concentrés sur les urgences réelles.

« En général, il y a une personne qui est malade et elle se fait accompagner par dix. Et dans les dix, y'a quelqu'un qui va dire "tiens, j'ai mal à la tête", faut que je fasse un dossier. Mais, dans cette communauté [rom], y'a une personne qui est malade, toujours, y'en a pas dix. Donc quand ils viennent à dix, y'a une personne qui est malade, qui fait trente-neuf de fièvre, qui est vraiment malade et à côté de lui, y'a le mari qui dit "tiens, moi aussi, j'ai fait un malaise", on lui fait un dossier, y'a le fils qui dit "tiens, tiens", y'a la cousine, y'a l'oncle, y'a le frère... Et on fait six dossiers de la même famille ! Là-dedans, il y a un malade, c'est pour lui qu'ils sont venus aux urgences. » Dr. Tristan Kinhou, 43 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Une externe croisée aux urgences de l'hôpital public P explique que les « consultations collectives » illustrent parfaitement l'indifférence présumée des « Roms » à l'égard des autres patients du service : « ils viennent toujours à

³³⁷ Voir à ce sujet chapitre 1, pp.81-84.

plusieurs avec leur famille et leurs amis. Alors, on sait qu'ils vont tous vouloir se faire soigner, on essaye de leur expliquer qu'ici ce sont les urgences, c'est pas une consult[ation] mais ils s'en foutent. Et nous, à côté, on a des patients avec des [pathologies vraiment graves] »³³⁸. Cette préoccupation pour l'atteinte au principe d'égalité de traitement que représenteraient les « consultations collectives » est toutefois un discours tenu plutôt par les infirmiers. Ils y voient non seulement un manque de respect pour des procédures institutionnelles garantes d'une juste organisation des soins pour tous les patients, mais également une façon de contourner leur rôle professionnel dans le service.

Alors que ce sont les médecins qui subissent les conséquences pratiques des « consultations collectives » – notamment en termes de charge de travail –, ils s'en plaignent rarement³³⁹. En réalité, ces derniers choisissent fréquemment d'accepter ces « consultations collectives » ; ce que les infirmiers en charge de l'accueil et de l'orientation prennent pour une approbation tacite d'un comportement contraire aux règles de fonctionnement des urgences et une négation de leur rôle de gestion du flux d'entrées dans le service. Mme Renaud, anciennement cadre du service des urgences, critique ainsi fermement le laxisme dont le docteur Pahn, le coordinateur du service, ferait preuve, selon elle, envers les patients présumés roms.

« Pour eux [les Roms], il n'y a que [Julien (Pahn, médecin et coordinateur du service)] qui compte et [Julien] n'a pas d'interdiction "mais oui, laisse-les, ça évitera les esclandres". Mais, à force de leur laisser tout faire, maintenant ça fait des esclandres parce qu'on ne peut plus leur laisser tout faire. "C'est pas grave, je vais le prendre entre deux", "mais non, t'as dix personnes en salle d'attente, si tu les prends entre deux, qui est-ce qui va se faire incendier [par les autres patients] ? C'est nous ! Tu peux pas faire ça", "si, comme ça ils [les Roms] dégagent plus vite". Mais maintenant quand ils arrivent, ils savent que en faisant un peu de forcing, on va les prendre en premier pour éviter qu'on les entende. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

Le comportement des patients présumés roms et de leurs accompagnants fait alors l'objet d'un désaccord entre professionnels des urgences. Eugénie, qui assume le rôle d'IAO aux urgences de la Clinique privée E, explique désapprouver les médecins qui acceptent de faire des exceptions au règlement lorsqu'il s'agit de patients qu'elle identifie comme roms.

³³⁸ Carnet de terrain n°8, hôpital public P, 12/10/2011.

³³⁹ Nous verrons toutefois, dans le chapitre suivant, que les médecins déplorent l'attitude des usagers présumés roms au cours de ces « consultations collectives ».

« C'est marqué qu'on doit prendre un patient et une personne qui l'accompagne si cette personne-là [le patient] ne parle pas le français. Nous, [cette règle], on va l'appliquer mais pas forcément les médecins. Si vous avez une famille roumaine qui arrive, vous êtes sûre qu'il [le docteur Pahn] va prendre les cinq personnes. Et, dans les cinq personnes, on a un dossier enregistré pour un patient mais t'en as une deuxième qui va te dire "s'il te plaît, tu peux me faire une ordonnance pour ça ?", et nous, à un moment donné, ça nous énerve parce qu'on se dit qu'on applique le règlement pour certaines personnes et pas pour eux, pourquoi ? Je ne suis pas d'accord, ça fait que, de temps en temps, on est en désaccord avec les médecins. » Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

Pris entre l'obligation de soin, les contraintes organisationnelles du service et le flux continu des patients, les médecins disent réprouver moralement mais consentir de fait à ces « consultations collectives » qu'ils décrivent comme une contrainte du métier parmi d'autres³⁴⁰. Les infirmiers en charge du tri et de l'évaluation de l'état de santé des patients voient alors leur responsabilité professionnelle doublement désavouée : par les patients présumés roms qui contreviennent aux règles de fonctionnement du service en contournant leur mission centrale dans le processus institutionnel et par les médecins qui acceptent ces pratiques de « consultations collectives », minorant ainsi l'importance de la mission de gestion des flux de patients conduite par les IAO dans les services d'urgences. De nombreux infirmiers interrogés se disent « agacés » par ce type de situations ; ils cherchent alors à expliquer le comportement des usagers présumés roms par leur « isolement communautaire » et leurs caractéristiques « culturelles »³⁴¹.

Mathieu Dubet, cadre de service aux urgences de la clinique E, explique le besoin des usagers identifiés comme roms de venir en groupe à l'hôpital par le fait qu'« ils ont toujours été comme ça ». Cette solidarité familiale serait en quelque sorte une tradition culturelle. Mathieu Dubet dit avoir toujours été attiré par le milieu médical mais il envisageait plutôt une carrière de technicien en laboratoire d'analyse. Toutefois, après l'obtention d'un bac STL, sciences et techniques de laboratoire, son dossier scolaire ne lui permet pas de poursuivre ses études en BTS dans la même filière. Après quelques jours en faculté de géographie, il abandonne

³⁴⁰ Ce qui ne signifie pas qu'ils cèdent à toutes les demandes formulées par ces patients présumés roms. A ce sujet, voir chapitre 3.

³⁴¹ « La moitié des personnes interrogées caractérisent les Tsiganes comme étant un groupe au comportement "autiste", imperméables aux influences de la société qui les accueille : ils restent à l'écart en maintenant certains mécanismes d'isolement social tel que le mariage endogame et le rejet de l'école. C'est ainsi que surgit l'idée du refus de l'intégration de la part de la communauté tsigane, refus qui la distingue d'autres minorités ethniques très présentes, elles, dans la société portugaise ». Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *op. cit.*, p. 50.

ses études et se voit offrir, par l'ANPE, une proposition d'emploi en tant que brancardier dans une clinique privée parisienne, puis à la Clinique privée E où il travaille pendant un an. Il décide alors de passer le concours infirmier et intègre l'IFSI de l'Hôpital public A où sa formation se déroule sans difficulté particulière. Il effectue un stage au SAMU de l'Hôpital public A qui confirme son goût pour la médecine d'urgence³⁴². Durant ses trois années de formation, il travaille à la Clinique E pour financer ses études, d'abord comme brancardier puis comme aide-soignant. Une fois diplômé, il cherche un poste dans un service d'urgences et le trouve à la Clinique E.

« Je voulais bosser aux urgences. Je me suis dit, mon projet professionnel, comme je veux, dans ma logique, je veux travailler au SAMU, je vais aller bosser aux urgences pour avoir une expérience, et puis ensuite je rentrerai à l'école d'infirmiers anesthésistes. » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

Trois années plus tard, la directrice de l'établissement lui propose de devenir infirmier référent des urgences. Ses missions professionnelles en sont modifiées : « c'était 70 % sur le terrain et 30 % à faire les paperasses de planning, tout ça ». Puis, au bout de deux années supplémentaires, il accepte de devenir cadre du service, faisant de fait une croix sur ses projets d'infirmier anesthésiste. Ayant débuté sa carrière avec des ambitions techniques, il occupe finalement aujourd'hui un poste à dominante clairement administrative³⁴³. Mathieu Dubet dit avoir l'habitude de recevoir régulièrement aux urgences les membres des « familles roms » qui habitent à proximité de la Clinique E. Il décrit lui aussi l'arrivée en groupe dans le service des usagers présumés roms et les difficultés qui en découlent.

« C'est une population qui sont très prenante, enfin qui sont beaucoup quand ils viennent, ils sont beaucoup à poser les mêmes questions, tu réponds à l'un, y'a l'autre qui vient par derrière, faut que tu lui dises la même chose (...). » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

³⁴² « A partir du moment où je suis rentré à l'école d'infirmiers, mon projet c'était de travailler au SAMU. J'ai toujours, enfin, depuis que je suis à l'école d'infirmiers, j'ai toujours voulu aller voir, au moins ce qui se passait au SAMU, parce que la prise en charge, comme ça en extra-hospitalier, je trouvais que c'était plutôt pas mal, l'adrénaline tout ça. » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

³⁴³ « Les plannings c'est pas très, ça fait partie du boulot, ça, ça me dérange pas. Alors c'est chiant, tu traînes les pieds, tu dis "Ah, faut qu'on trouve une infirmière, je sais pas quoi faire", et tout, voilà. Le plus chiant c'est les statistiques des urgences qui sont vraiment, euh, qui me bouffent tout mon temps quoi (...). Par exemple, là, en février, quand il a fallu que je rende mes statistiques de 2009, j'ai passé, à temps plein de 8h à 20h, on était à deux, quinze jours dessus, sans faire autre chose, quinze jours ! » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

En particulier, il explique que des membres de ces « familles roms » habituées du service ont su se procurer le code d'entrée du service qui permet de passer depuis la salle d'attente vers les box de consultation. Il évoque le va-et-vient des accompagnants des patients présumés roms lors de leur prise en charge dans le service et l'agacement des infirmières qui en résulte³⁴⁴.

« La règle, c'est qu'on ne fait pas entrer les familles tout ça. Eux [Les Roms], malheureusement, ils veulent tout le temps être là, parce qu'ils ont toujours été comme ça, ils sont toujours présents. Quand on a quelqu'un de leur communauté qui est là, chez nous, aux urgences, très souvent ils font des allers-retours, alors y'en a même qui doivent connaître le code [de la porte d'entrée du service], qui rentrent, qui sortent et puis, une fois qu'il y en a un qui est rentré, il appuie sur le bouton, il fait rentrer tout le monde, donc, du coup, les infirmières perdent patience, les secrétaires perdent patience, donc, du coup, quand c'est comme ça, tu le dis à l'un, tu le dis à l'autre, on te dit "oui", mais derrière ton dos, dès que t'es retourné, on rentre quand même (...). On perd le contrôle... (...) Donc, quand c'est comme ça, ils [les infirmiers du service] m'appellent pour que j'aie "faire la police", entre guillemets (...). » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

Ce comportement « sans gêne », qui rend possible la pratique des « consultations collectives », est très critiqué par les infirmières du service que nous avons rencontrées qui y voient une remise en cause de leur autorité professionnelle. Alors qu'elles leur donnent des instructions très précises visant à faire respecter l'ordre dans le service, ces accompagnants présumés roms y contreviennent ouvertement. Elles font alors appel à Mathieu Dubet, en sa qualité de cadre du service, pour « faire la police » et régler le problème. Afin de calmer leur agacement suscité par cette « perte de contrôle », il explique les comportements incriminés par la différence « culturelle », « ethnique » des usagers identifiés comme roms : « ils sont comme ça ».

« Ça agace, on perd le contrôle effectivement, oui, on perd le contrôle, c'est ça aussi qui agace, et tu perds le contrôle du coup, euh, c'est ce que, quand ça arrive, quelques-unes [les infirmières], c'est ce qu'elles me disent "mais, ils se foutent de notre gueule ou quoi ?" "Non, ils se foutent pas de ta gueule, ils sont comme ça" (...) parce qu'ils sont très communautaires et très familial, (...) c'est la famille qui vient, c'est ça, ils sont, je sais pas si ça se dit communautaires, enfin ils sont, si ils sont... (...) C'est culturel, enfin je pense. Alors le, les familles qu'on a, c'est des familles qui sont sédentaires, elle vit pas, ils vivent

³⁴⁴ La description de telles pratiques se retrouve chez des enquêtés travaillant dans les autres établissements enquêtés, par exemple à l'Hôpital L : « On leur a expliqué que, bon ils arrêtaient pas de re-renter quand même mais bon, en fait ils ont compris mais ils ont fait genre "ils comprenaient pas" (rires) et c'est un peu ça aussi, y'en a qui se foutent un petit peu de toi mais bon "et oui, oui, j'ai compris", et dès que t'as le dos tourné que t'es dans une chambre, touloulou, il rentre donc toi, tu dis deux-trois fois après tu dis "bon écoutez, là va falloir arrêter sinon tout le monde sort", t'es obligé de faire un ultimatum des fois, "c'est, soit vous respectez, soit au revoir" et donc, voilà. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

pas dans des camps. (...) C'est marrant parce qu'ils ont le pavillon et ils ont les caravanes juste à côté, euh, après les Roms qui vivent en camps, on en a quelques-uns mais, euh, que ce soit les gens qui sont, ceux qui sont sédentaires ou ceux qui sont en caravanes, c'est la même chose donc je pense que c'est plutôt, c'est ethnique. » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

Mathieu Dubet rapporte le sentiment de vexation exprimé par les membres de son équipe paramédicale, lorsqu'ils estiment « perdre le contrôle » du service face au comportement des patients présumés roms³⁴⁵. Il justifie les pratiques de « consultations collectives » en soulignant le caractère communautaire, la tradition familiale « culturelle » ou « ethnique » des « Roms ». Pourtant ce sont les médecins qui, en acceptant ces « consultations collectives », en admettant ces dérogations à la procédure habituelle de passage aux urgences, retirent tout contrôle sur la situation aux infirmiers du service. La racialisation du comportement des usagers présumés roms dissimule le peu de soutien dont les infirmiers bénéficient de la part des médecins avec lesquels ils travaillent. En acceptant les « consultations collectives » des usagers présumés roms, les médecins renvoient les infirmiers à leur statut subalterne. Comme l'exprime très clairement le docteur Pahn, coordinateur des urgences de la Clinique E : pour les médecins, le travail entre médecins et infirmiers est « complémentaire mais pas du tout égalitaire. (...) L'infirmier n'est pas au même niveau que le médecin. »³⁴⁶ Claire remarque, à propos de la prise en charge des malades étrangers, que « *si l'infirmière ne respecte pas toujours son malade comme elle le devrait, c'est qu'elle-même est parfois méprisée par sa hiérarchie.* »³⁴⁷ En accusant les patients présumés roms, et non les médecins, du contournement de la fonction qu'ils exercent, les infirmiers d'accueil et d'orientation renoncent à affirmer l'autonomie de leur fonction et l'autorité de leurs décisions vis-à-vis de l'équipe médicale.

2.1.3. Impatience et volatilité de l'investissement dans la prise en charge

³⁴⁵ Remarquons qu'Olivier Bouvet et Stéphane Floch notent le soulagement des soignants (sans préciser leur profession) mais également des autres patients lorsque l'équipe soignante décide de faire passer les usagers identifiés comme roms en priorité afin de faire revenir le calme dans le service. Olivier Bouvet et Stéphane Floch, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants: stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies », *Spécificités*, décembre 2012, vol. 1, n° 5, p. 271.

³⁴⁶ Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

³⁴⁷ Claire Manicot, « L'accueil des étrangers à l'hôpital », *L'infirmière magazine*, septembre 2000, n° 52, p. 33.

Les infirmiers interrogés se présentent le plus souvent comme les garants du bon déroulement des procédures médicales : il leur revient de réaliser les prélèvements, de s'assurer que les patients subissent les examens prescrits par le médecin, puis de centraliser ces résultats et, une fois le diagnostic posé, d'administrer le traitement indiqué par le médecin. L'exécution de ces tâches suppose la coopération des patients, leur observance des injonctions formulées par les infirmiers, leur soumission aux procédures médicales. De fait, les infirmières que nous avons rencontrées définissent le « patient idéal » en insistant avant tout sur son acceptation et son respect des instructions qu'elles lui adressent dans le cadre de sa prise en charge.

« Qu'est-ce qu'il [le patient idéal] est censé faire pour que ça se passe bien ? Ce qui est le plus facile, pour qu'une relation se passe bien, je pense que c'est en fait accepter de se faire soigner, accepter d'entendre le personnel soignant, ce qui n'est pas forcément évident parce que t'arrives dans un hôpital, voilà t'as peur, "qu'est-ce qui se passe ? Oh ! Il va me faire la perfusion ! Non, non, non, ne me mettez pas ça !", c'est, je pense, accepter. » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« [Le bon patient,] il respecte ce qu'on fait, il respecte déjà nous parce que des fois c'est pas le cas, c'est tout ça quoi. Quand on lui dit de faire quelque chose, il y va. » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Or, la troisième forme d'indiscipline des patients présumés roms que citent les infirmiers interrogés concerne précisément la volatilité de leur investissement dans la prise en charge médicale. Par exemple, les patients identifiés comme roms ne se soumettraient que difficilement aux injonctions des professionnels de santé lors de leur passage aux urgences, ils refuseraient de subir certains examens médicaux, d'en attendre les résultats ou le diagnostic du médecin, et choisiraient fréquemment de quitter le service avant la fin de leur prise en charge – en signant ou non une attestation de sortie contre avis médical. Cette attitude des patients présumés roms, interprétée comme le signe d'un investissement superficiel ou fluctuant dans la prise en charge médicale, est la source d'une grande perplexité de la part des infirmiers rencontrés³⁴⁸.

Latifa est infirmière aux urgences de l'Hôpital public L. Elle est née en Algérie puis a réalisé tout son parcours scolaire en France. Après un bac scientifique, elle

³⁴⁸ Les soignants interrogés par Olivier Bouvet et Stéphane Floch parlent des « Roms » comme d'usagers « *pas du tout patients* ». Les auteurs remarquent alors qu'ils déniaient « *métaphoriquement leur statut de soi-disant patients* » à ces usagers. Olivier Bouvet et Stéphane Floch, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants », *op. cit.*, p. 269.

envisage de devenir sage-femme. Elle échoue deux fois au concours d'entrée en école, s'inscrit alors en première année de médecine, mais abandonne en cours d'année. Elle trouve un emploi d'été dans une entreprise d'événementiel, pensant reprendre ses études à la rentrée suivante. Mais lorsque son employeur lui propose de prolonger son contrat, puis un an plus tard lui offre un poste de manager, elle accepte et reste employée par cette entreprise pendant cinq ans. Puis, elle décide de reprendre ses études.

« On m'a dit "pourquoi pas infirmière ?" et en fait, infirmière, pour te dire franchement, je dénigrais un petit peu le métier (...), je pensais qu'infirmière c'était pas très glorieux, que les études elles étaient pas très intéressantes, je pensais que c'était vraiment la petite boniche du médecin, et puis j'avais l'impression, oui, quelque part de... si tu veux, de baisser un peu d'un cran par rapport à mes objectifs du début, ce que je voulais faire et tout ça (...). [Mais,] je me suis dit "t'es sûre d'avoir un métier et puis tu peux évoluer et, et puis machin et puis c'est sûr", et puis j'avais l'objectif quand même d'être dans le public, d'être titularisée, d'avoir cette sécurité de l'emploi aussi. » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle passe et obtient facilement le concours d'entrée en IFSI. A l'issue de sa formation, elle accepte le poste qui lui est offert par la cadre du service des urgences de l'Hôpital public L où elle a effectué un stage très remarqué, poste qu'elle occupe toujours au moment de l'entretien, sept ans plus tard. Pour Latifa aussi, le rôle du patient consiste en premier lieu à « rester respectueux » vis-à-vis des soignants, à « rester à sa place » en se soumettant aux instructions qui lui sont données, notamment par les infirmiers, au cours de la prise en charge hospitalière. Lorsqu'elle décrit le comportement des patients qu'elle identifie comme roms aux urgences, Latifa souligne leur impatience et l'inconstance de leur engagement dans la relation de soin.

« [Les Roms] ils ont mal là, ils ont machin, ils veulent "médicaments", des fois tu leur donnes juste deux comprimés de doliprane et puis tu les vois plus, voilà. (...) Souvent c'est des popul[at]ions, enfin, c'est des gens qui sont très pressés, ils viennent et puis ils veulent juste être rassurés ou juste le pansement et puis, vite, vite, ils partent. » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Même constat de la part de sa collègue et amie, Fabienne, elle aussi infirmière aux urgences de l'hôpital L, qui interprète cette impatience des usagers présumés roms comme une manifestation de leur mode de vie isolé, replié sur leur « groupe familial ».

« [Les Roms] ils restent pas aux urgences en fait, ils veulent pas, enfin voilà c'est, une fois que, voilà, une fois que y'a plus d'urgence, une fois que c'est guéri, ils, c'est un groupe, tu vois, c'est comme un groupe, c'est comme une famille, c'est comme un, le cercle se

reformé quoi. Enfin moi, je vois ça comme ça, après je suis extérieure quoi. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Quand nous rencontrons leur collègue, Jeanine, elle a quarante ans et exerce en tant qu'infirmière depuis moins de deux ans aux urgences de l'Hôpital public L, c'est son premier poste. Titulaire d'un bac professionnel secrétariat, elle a commencé à travailler très jeune, suite à un grave problème de santé de son père. Puis, après quinze ans passés dans la même entreprise multinationale, elle décide de procéder à sa reconversion professionnelle.

« J'ai eu un collègue qui s'est suicidé par le travail, et de voir les gens au bord de la crise de nerfs, de voir le climat, la dégradation vraiment du travail et le fait de pas avoir, pas de retour, y'avait un retour financier mais y'avait pas, j'avais l'impression de travailler dans le vide quoi, j'avais plus de sens, je voyais plus de sens dans mon travail. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Jeanine reprend des études. D'abord le soir, après ses journées de travail, elle passe un bac sciences médico-sociales « pour avoir des bonnes notions de biologie, physique-chimie, ce genre de choses ». Puis, elle suit une première année de BTS économie sociale et familiale. Elle effectue « plusieurs stages aussi en maison de retraite, avec des enfants handicapés, pour voir si ça [lui] plaisait vraiment » avant de quitter son emploi salarié et de présenter le concours infirmier. Si la formation théorique ne lui pose pas de problème majeur, elle dit de ses stages que « ça a été l'enfer la plupart du temps ». Une fois diplômée, elle choisit un poste aux urgences de l'Hôpital public L pour le « côté technique », « la maîtrise des choses, l'organisation, travailler en équipe... ». Comme ses collègues, Jeanine considère que la soumission, ou au moins la coopération, des patients facilite le travail des professionnels infirmiers.

« Qu'est-ce qu'il [le patient] est censé faire ? Déjà, il est censé être lui-même, donc on ne peut pas lui imposer quelque chose. Mais, si il peut coopérer, si, c'est quand même beaucoup plus facilitant quoi. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle souligne *a contrario* l'impatience des usagers qu'elle identifie comme roms lors de leur prise en charge aux urgences, pour qui il est « hors de question » d'attendre les résultats des examens réalisés – ce qui contraire directement son souhait de « maîtriser les choses » dans l'exercice de son métier.

« [Les Roms] ils veulent tout et tout de suite, ils ne veulent pas attendre, en général, ils sont très contents quand ils ont le bilan sanguin, quand ils ont la perfusion, quand on les a soulagés au niveau de la douleur, par contre, attendre deux ou trois heures pour avoir le résultat d'un bilan sanguin, c'est tout à fait hors de question pour eux quoi, donc en général ils arrachent leur perfusion et ils s'en vont et ils mettent du sang partout. Alors, on se

demande pourquoi ils sont venus aux urgences puisqu'en fin de compte, ils avaient quand même besoin de ce bilan, s'ils veulent pas attendre le résultat. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour Michael Lipsky³⁴⁹, lorsque le client met un terme à une relation de guichet, la faute rejaillit institutionnellement sur lui et il est dit « en fuite », « socialement désorganisé » et « incorrigible » par les agents de l'institution. Ici, l'indiscipline des patients – matérialisée par leur décision de quitter le service avant d'avoir obtenu les résultats des examens complémentaires – fait l'objet d'un jugement moral négatif de la part de la soignante : Jeanine s'interroge sur les raisons de leur recours aux urgences (« alors on se demande pourquoi ils sont venus aux urgences ») comme si le soulagement de la douleur ne suffisait pas, à ses yeux, à justifier leur venue. On perçoit ici le degré d'investissement attendu des « bons patients », qui ne doivent pas seulement profiter des soins mais également s'intéresser à leur pathologie, en entendre les causes et en comprendre le traitement.

D'après Nolwen, infirmière aux urgences de la Clinique E, l'impatience des patients présumés roms à quitter le service serait due à leur incompréhension des soins et examens prodigués et à leur ignorance des différentes étapes nécessaires à l'établissement d'un diagnostic. Quand nous rencontrons Nolwen, elle est infirmière aux urgences de la Clinique privée E depuis un an et demi. Elle explique son choix de carrière par son histoire familiale : dès l'enfance, elle a « toujours été habituée, toujours aimé » s'occuper de sa grand-mère tétraplégique. Après un BEP sanitaire et social, elle passe un bac sciences médico-sociales puis présente immédiatement le concours d'entrée d'un IFSI de la région parisienne qu'elle obtient sans difficulté. Elle aussi est séduite par la médecine d'urgence lors d'un stage au SMUR³⁵⁰. Une fois diplômée, elle fait une demande de poste aux urgences de la Clinique E où elle avait réalisé un stage qui lui avait particulièrement plu. Nolwen cite le cas d'une jeune femme appartenant aux « familles roms » habituées du service, venue pour saignements alors qu'elle est enceinte de cinq mois.

³⁴⁹ Michael Lipsky, *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation, 1980.

³⁵⁰ « [Le Smur] c'était super bien, super intéressant, le terrain tu travailles avec ce que tu as, ce que tu peux, les moyens que tu as et on a quand même pas mal de matériel. C'est super intéressant ! » Nolwen, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Clinique privée E.

L'infirmière lui fait immédiatement subir différents examens : analyse d'urine, bilan sanguin, échographie³⁵¹. Dès qu'elle obtient l'échographie, elle en informe la patiente qui commence à s'agiter. L'homme qui l'accompagne demande combien de temps durera encore la consultation. Nolwen répond que le bilan sanguin n'est pas encore revenu du laboratoire et que le médecin doit avoir en sa possession toutes les informations disponibles pour pouvoir se prononcer. Quelques minutes plus tard, l'accompagnant demande à faire sortir la patiente. Devant la résistance de l'infirmière qui tente de les convaincre d'attendre encore quelques minutes pour avoir le diagnostic complet, le couple s'énerve. Finalement, ils choisissent de signer une décharge et de quitter le service avant de connaître le résultat des examens.

« Le problème, c'est qu'ils ne comprennent pas qu'on va les prélever³⁵², on prend leur sang, après ça va être technique³⁵³, les résultats vont être vérifiés. Ça prend du temps, surtout certains examens, les grossesses, on ne peut pas dire "non" d'un coup, on vérifie quand même qu'il n'y ait pas d'erreur, donc ça prend du temps tout ça. » Nolwen, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Clinique privée E.

Ainsi, pour les professionnels infirmiers, les patients présumés roms ne respecteraient pas le rythme de la prise en charge aux urgences, ils ne se soumettraient pas aux injonctions qui leur sont adressées et leur investissement dans la relation de soin serait jugé, au mieux, inconstant³⁵⁴. Les infirmiers d'accueil et d'orientation, responsables de la localisation de chaque patient dans le service et du recueil de toutes les données médicales les concernant, se heurtent au comportement imprévisible de ces patients « roms » pour qui le résultat des examens et la connaissance de la pathologie dont ils souffrent comptent moins que le soulagement immédiat de leur douleur. Une fois de plus, les infirmiers

³⁵¹ Nicolas Belorgey montre que la réalisation d'examens complémentaires (radiographie, scanner, bilans sanguins, etc.) accroît le temps passé par le patient concerné dans le service d'urgences. Nicolas Belorgey, « Pourquoi attend-on aux urgences? », *Travail et Emploi*, 15 mars 2013, n° 133, p. 25-38.

³⁵² « Prélever » signifie ici : faire une prise de sang.

³⁵³ « Technique » signifie ici : envoyer le prélèvement au laboratoire où les examens sanguins seront pratiqués.

³⁵⁴ L'absence de respect pour les procédures institutionnelles et le rythme de la prise en charge médicale décrite par les infirmiers à propos des patients présumés roms rappelle la description que Jean Peneff propose du comportement des jeunes précaires aux urgences, pour qui « *patienter au-delà de deux heures est une épreuve dans ce cadre fermé où passent des médecins, des policiers et où, parfois on les a séparés des camarades qui les accompagnaient. J'ai été témoin de négociations où les jeunes refusaient de laisser leur camarade malade seul dans le box. Le tête-à-tête avec le médecin leur paraît inquiétant et ils se rassemblent pour soutenir leur ami. Assez nombreux sont ceux qui abandonnent avant d'être appelés ou sortent en cours de soins, contre avis médical.* » Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Ed. Métailié, 2000, p. 95.

interrogés voient leur travail et leur autorité professionnelle remis en cause par le comportement de patients qu'ils identifient comme roms.

Madame Lemoine est directrice du service des soins infirmiers (DSSI) de l'Hôpital public L, soit la fonction la plus élevée de la carrière infirmière. Son parcours professionnel, qu'elle qualifie elle-même de « riche » et « varié », est exemplaire des opportunités d'ascension professionnelle offertes par l'hôpital public français. Elle débute sa carrière en tant qu'agent du service hospitalier (ASH) à vingt-cinq ans, elle est alors une jeune mère de famille. Elle, qui a quitté l'école à seize ans, travaille alors tous les soirs pour préparer le concours d'entrée à l'école infirmière (son ambition de jeunesse) qu'elle obtient rapidement. Elle travaille longtemps dans un établissement de la région parisienne où elle est assignée au service de suppléance qui l'envoie dans différents services en fonction des besoins, ce qui lui permet d'acquérir une connaissance complète du métier. Au bout de dix ans, elle « souhaite évoluer » et passe le concours d'entrée à l'école de formation des cadres infirmiers. Elle exerce cette fonction pendant trois ans dans un service de moyen séjour gériatrique, puis l'infirmière générale (la DSSI de l'établissement) lui propose de devenir sa collaboratrice directe en charge de la formation continue. Bien que cela l'éloigne du « terrain » et du « soin direct », elle accepte ce « poste qui avait une vision plus grand angle et (...) dans lequel on a des contacts avec toutes les équipes quelles qu'elles soient ». Un an plus tard, le directeur de l'établissement, « n'ayant pas de candidature pour la remplacer », lui demande de succéder à sa supérieure qui quitte son poste.

« Je n'étais pas emballée par le poste de directrice de soins parce que vraiment ce n'était pas dans mon projet de carrière. (...) Les opportunités font que, c'est comme ça que ça se passe, mais le directeur m'a dit "vous n'avez pas le choix, c'est vous qui avez la vision de la totalité de l'établissement, vous avez une relation avec les services de soin qui est assez positive, qui est plutôt positive donc, donc vous ferez l'intérim et je vous promets, il sera le plus court possible". J'ai donc accepté l'intérim (...) [ce poste] s'imposait à moi et je devais faire face. Trois ans plus tard, j'étais toujours en intérim (rires) et puis j'avais commencé à faire mon trou, j'avais commencé à travailler avec les équipes, que ce soit médicale ou paramédicale, ça se passait plutôt, plutôt bien, même si les contraintes budgétaires commençaient déjà à faire jour, plus de création de postes, des réorganisations, des, des contractions d'équipes, enfin vraiment, des rapprochements de services etc., donc c'était quand même assez, assez formateur sur le terrain. Et, j'ai donc décidé de légitimer ma position de faisant fonction en quelque sorte et j'ai passé le concours d'entrée à l'EHESP³⁵⁵

³⁵⁵ Ecole des hautes études en santé publique située à Rennes.

en 1994, voilà. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

Elle devient ainsi directrice des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducateurs, poste qu'elle occupe successivement dans deux établissements publics de la région parisienne. Puis, en 2007, elle décide de rejoindre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et devient coordinatrice des soins du groupe hospitalier³⁵⁶ auquel appartient l'Hôpital public L. Elle dit avoir choisi de devenir infirmière pour la relation de proximité avec les patients et explique que son ascension professionnelle ne l'éloigne pas tant que ça de cette vocation première, dans la mesure où elle lui offre des moyens étendus pour mettre en œuvre les principes auxquels elle croit³⁵⁷. Madame Lemoine a eu l'occasion à plusieurs reprises au cours de sa carrière de prendre en charge des patients qu'elle identifie comme roms, en tant qu'infirmière au sein d'un service d'urgences par exemple, mais également en tant que directrice des soins. Pour elle, cette présence familiale s'explique clairement par leurs traditions culturelles spécifiques. Les populations qu'elle identifie comme roms « n'accepteraient pas les codes de l'hôpital ».

« Je pense que c'est culturel, [les Roms] ils veulent savoir et ils entrent dans un domaine qu'ils ne connaissent pas du tout, donc ils veulent savoir et si vous ne dites pas, ou s'ils estiment que vous ne dites pas, même si vous dites, ça va pas, c'est très problématique. Ils ont des rapports avec la mort qui est particulière, ils ont des rapports avec la technique qui est particulière et puis ils n'acceptent pas les codes de l'hôpital, venir deux personnes à la fois en service de réanimation, deux fois deux heures dans la journée, pour eux, c'est pas, ça convient pas, ça convient pas ! Ça veut dire qu'effectivement, on a quelque chose à ne pas montrer, donc, je crois d'ailleurs que dans leur, dans leur pays si tant est qu'ils en ont un puisqu'ils sont un peu chassés de partout, les, l'intégration des familles est beaucoup plus importante, et on dirait même qu'on laisse à la famille une grande part de la prise en charge. Et donc, là [en France], ils sont pas, ils sont pas sollicités pour ça et ça serait quand même assez difficile dans l'organisation hospitalière. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

³⁵⁶ « Le principe de la création des groupes hospitaliers (GH), adopté par le conseil d'administration [de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris,] le 3 juillet 2009, consiste à mettre en place une gouvernance commune à plusieurs hôpitaux géographiquement proches. Les groupes ainsi constitués doivent permettre des rapprochements selon une double logique : médicale avec des filières de soins complètes et de proximité géographique, en favorisant les synergies entre sites hospitaliers. » *L'hôpital réorganisé pour répondre aux besoins des territoires de la santé*, <http://www.aphp.fr/aphp/hopital-reorganise-pour-repondre-aux-besoins-des-territoires-de-la-sante/>, consulté le 29 décembre 2014.

³⁵⁷ « Etant à un niveau de responsabilité élevé, je suis responsable de la qualité et de la sécurité des soins qui sont dispensés pour les patients à l'hôpital, donc je ne suis pas du tout, du tout éloignée de mon métier de choix, de cœur, et d'ailleurs, je tiens particulièrement à garder un travail, enfin une proximité de terrain autant que je le peux parce que il y a quand même toute cette mission politique et stratégique qui m'incombe mais garder des liens pour que, on ne fait bien que ce qu'on connaît bien et c'est bien lorsque j'ai une certaine proximité avec les équipes de soin que j'arrive à faire passer les grands principes que je souhaite voir appliqués pour la prise en charge des patients. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

En affirmant que les « Roms » qui se présentent à l'hôpital « entrent dans un domaine qu'ils ne connaissent pas du tout » et dont ils « n'acceptent pas les codes », Mme Lemoine désigne cette population comme (volontairement) extérieure à la société majoritaire. On retrouve ainsi de nouveau cette idée d'un groupe culturellement différent dont le mode de vie autarcique provoquerait une méconnaissance des usages en cours dans les institutions de santé majoritaires. Comme Nolwen, Mme Lemoine explique l'investissement volatil des patients qu'elle identifie comme roms par leur ignorance des codes de l'organisation hospitalière française.

Les infirmiers rencontrés définissent en premier lieu les usagers qu'ils identifient comme roms au travers de leur indiscipline lors de leur venue aux urgences. Cette indiscipline prendrait trois formes spécifiques : le contournement des règles de hiérarchisation des patients, la pratique des « consultations collectives » et la volatilité de leur investissement dans la prise en charge. Les enquêtés interprètent chacun de ces comportements comme un obstacle dans la réalisation des missions qui leurs incombent en tant qu'IAO. La racialisation de ces comportements leur permet d'expliquer, autrement que comme la remise en cause de leurs compétences et de leur autorité professionnelle, des pratiques qui consistent, selon eux, à contourner leur fonction d'IAO. Alors que les infirmiers interrogés présentent tous cette fonction comme une lourde responsabilité dont dépendent la fluidité des entrées dans le service, le rythme de travail de toute l'équipe et la prise en charge optimale des patients, notre analyse montre qu'ils ne disposent, dans la conduite de leurs missions, que d'une autonomie professionnelle réduite et d'un faible soutien de la part des médecins avec lesquels ils travaillent. Les IAO ne bénéficient pas de moyens d'action adaptés aux missions dont ils ont la responsabilité : leur pratique professionnelle est fermement encadrée par les décisions et les procédures édictées par l'équipe médicale et ils ne peuvent contraindre les patients à s'investir dans leur prise en charge. Ils se retrouvent ainsi empêchés, à la fois par les médecins et les patients, de mener à bien les missions qui leur ont été assignées par défaut. Or, l'analyse de leurs motivations initiales pour devenir infirmiers aux urgences montre qu'ils cherchaient pour la plupart, dans cet emploi, un défi technique, des imprévus pathologiques, un travail d'équipe intense visant à sauver des patients

d'urgences vitales. Leurs discours racialisants autour des comportements dysfonctionnels des patients présumés roms aux urgences révèlent l'illusion d'autonomie professionnelle que leur procure la fonction d'IAO. Ce « poste à responsabilités », ce « rôle pivot » dont dépendraient tous les acteurs des urgences et l'organisation concrète des soins dans le service, en réalité, les éloigne de leur vocation curative première, les cantonne dans des tâches de gestion du service et réaffirme leur subordination à l'équipe médicale.

Nous allons maintenant analyser de quelle façon, *a contrario*, les infirmiers des urgences en viennent à s'inventer un nouveau rôle professionnel en assumant les conséquences d'un usage non prévu de l'institution par les usagers présumés roms.

2.2. L'hébergement des « familles roms », un usage non prévu

A l'Hôpital public L, les professionnels déclarent que les patients identifiés comme roms utiliseraient le service des urgences d'une façon très particulière : ils ne viendraient pas pour être pris en charge médicalement mais principalement pour se faire héberger³⁵⁸. Des cinq établissements enquêtés, il n'y a qu'à l'hôpital L que cette pratique a été rapportée de façon aussi systématique – ce qui ne signifie pas qu'elle n'existe pas ailleurs³⁵⁹. Tous les membres de l'équipe soignante des urgences générales de cet établissement ont mentionné ces demandes d'hébergement, ainsi que certains professionnels des urgences gynéco-obstétriques. Les infirmiers, qui sont particulièrement concernés par cette question du fait de leur rôle central dans l'accueil des usagers dans le service, mentionnent fréquemment cette question lors des entretiens.

Dès le premier jour d'observation aux urgences générales de l'hôpital L, Florent, un infirmier du service indique que « les Roms viennent principalement pour être hébergés ». Ils arriveraient vers 21h et seraient pris en charge par les assistantes

³⁵⁸ Les usagers présumés roms ne sont pas les seuls à être hébergés aux urgences, les enquêtés interrogés à ce sujet les comparent fréquemment aux personnes sans domicile fixe (SDF). Mais selon eux, deux points distingueraient ces deux populations. Tout d'abord, l'hébergement des SDF aux urgences découlerait le plus souvent de leur arrestation pour ivresse publique manifeste (IPM) par la police qui les adresserait alors aux urgences hospitalières pour sevrage. D'autre part, contrairement aux SDF, les usagers identifiés comme roms se présenteraient non seulement volontairement, mais surtout à plusieurs, en famille, pour être hébergés dans le service.

³⁵⁹ Voir à ce sujet : Direction de l'AP-HP, *Note concernant la gestion des familles avec mineurs et/ou des femmes enceintes avec ou sans enfant se présentant à l'hôpital en situation de recherche d'hébergement*, <http://ddata.over-blog.com/5/77/89/71/note-aphp.jpg>, consulté le 3 février 2015. « *L'hôpital est un hôtel sans aucune période de fermeture.* » Jean de Kervasdoué, *L'hôpital*, Paris, PUF, 2007, p. 4.

sociales après avoir été « vus en IAO »³⁶⁰. Il cite en exemple une famille de dix personnes, comprenant des enfants en bas âge, qui serait venue se faire héberger dans le service, tous les soirs, pendant une semaine. Ils auraient, à chaque fois, été installés dans la « salle d'attente des familles » (salle d'attente réservée aux familles des patients pris en charge aux soins intensifs) pour la nuit³⁶¹. Au cours de l'entretien mené ultérieurement, il précise qu'il ne s'agit jamais d'individus isolés mais de « clans » familiaux de « culture nomade ».

« [Les Roms] c'est des personnes qui sont nomades donc, en même temps, euh ils font tout ce que tous les groupes, toutes les cultures justement qui sont un petit peu comme ça, nomades, [font]. Ils vivent en forme de clans, en forme de familles, ils sont beaucoup moins, entre guillemets, éclatés que des groupes sédentaires euh, donc oui, en tout cas ceux qui viennent pour l'hébergement, ils sont souvent assez nombreux. Maintenant, ça me choque pas plus que ça. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Sa collègue Cécile déclare également que les membres de groupes familiaux présumés roms viendraient fréquemment aux urgences pour y trouver un hébergement. Elle décrit de quelle façon les membres de l'équipe des urgences peuvent être amenés à appeler « le 115 », c'est-à-dire le Samusocial³⁶² de Paris, pour tenter d'obtenir une place d'hébergement d'urgence pour ces usagers. Faute de place au 115, ces « familles roms » seraient installées dans la salle d'attente des familles.

« La plupart, pour les peu [de Roms] que j'ai reçus, ils sont venus, c'était pour des demandes d'hébergement, y'avait aucune pathologie derrière ou quoi que ce soit, c'était vraiment pour une demande d'hébergement, du coup, en général on leur demande d'appeler le 115. En général, c'est la nuit ou en début de soirée, euh alors c'est assez difficile parce qu'en général ils ne parlent pas français donc là, nous, on appelle le 115 à leur place et, donc soit on leur donne l'adresse, on leur indique où c'est, ils y vont, soit y'a plus de place et nous, on est obligés de les inscrire pour qu'ils passent la nuit ici. En général, c'est des familles, donc ils sont pas tout seuls, ils sont au moins cinq, six minimum, avec des enfants en bas âge, tout ça, donc après ben on les inscrit, on les met en salle d'attente, on leur dit qu'ils vont pouvoir dormir là, enfin on leur fait des signes quoi, en leur expliquant, et puis on leur donne à manger si on a, et puis voilà. » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

³⁶⁰ Cette déclaration est inconsistante avec les déclarations des assistantes sociales et les observations menées aux urgences dans la mesure où le service social du service ferme ses portes au plus tard à 18h, ce qui rend impossible la prise en charge sociale des patients présumés roms par les assistantes sociales à une heure aussi tardive.

³⁶¹ Carnet n°8, service d'urgences, Hôpital public L, 30.03.2012.

³⁶² « Samu social : Service d'aide mobile d'urgence sociale, à la différence du service d'aide médicale urgente pour le SAMU médical et du Service ambulatoire d'urgences international pour le Samu social international. La graphie du Samusocial de Paris est différente : les deux termes Samu et Social ont été accolés. Samusocial est une marque déposée. » Daniel Cefaï et Edouard Gardella, *L'urgence sociale en action: ethnographie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte, 2011, p. 13.

Les enquêtés soulignent souvent la présence d'enfants au sein de ces « familles roms ». Bertille, elle aussi infirmière dans le service, marque la distinction, parmi les usagers susceptibles de demander un hébergement aux urgences de l'hôpital public L, entre les personnes sans domicile fixe (SDF) et ces familles présumées roms. Pour elle, contrairement aux SDF, les « Roms » auraient bien un endroit où dormir mais le froid les pousserait à s'adresser à l'hôpital pour protéger leurs enfants des intempéries.

« Normalement, souvent, [les Roms] ils ont quand même un endroit où dormir, c'est pas, c'est pas le même type de population que les SDF qui sont vraiment couchés sur les bouches de métro dans des duvets qui commencent à cramer quoi. Mais, sur les périodes de froid vraiment extrême, c'est arrivé qu'on ait des familles, alors souvent, moi j'ai remarqué que c'est quand y'a des enfants en bas âge, je pense qu'ils ont peur du froid pour leurs enfants et, du coup, ils viennent à ce moment-là parce que j'ai vraiment vu des familles où y'avait des nourrissons, vraiment des tout-petits qui avaient 3 mois, 4 mois, où on s'était fait dépanner des biberons par la maternité. Mais c'est vrai qu'ils viennent souvent la nuit, ils vont pas être spécialement demandeurs de soins, ils vont être demandeurs d'un accueil en salle d'attente, voilà, et généralement quand ce sont des familles, on les met dans la salle d'attente des familles pour le secteur des urgences vitales et, du coup, on ferme l'accès aux familles [des patients admis en soins intensifs]. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Ce recours récurrent aux urgences pour y être logés plutôt que pour y être soignés singularise les usagers présumés roms aux yeux des paramédicaux du service. Cette pratique les rend « différents » des autres usagers, même si les professionnels hospitaliers insistent sur l'égalité de traitement dont ils bénéficient malgré tout.

« Pour ma part, [les Roms,] ils sont traités comme les autres, on les accueille comme tout le monde, après [est-ce que ce sont des] usagers comme tout le monde ? Ben pas tellement parce qu'ils ont aucun, pas de pathologies, ils viennent pas du tout pour ça quoi, c'est vrai que c'est pas totalement pareil quoi. » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Lorsque les places d'hébergement disponibles manquent, l'hôpital est présenté, par les organismes qui accueillent les personnes sans domicile, comme une solution d'hébergement alternative. Au nom du principe d'hospitalité, ces demandes d'hébergement sont généralement satisfaites aux urgences de l'Hôpital L. Pourtant, de nombreux professionnels considèrent que le service est inadapté à cette demande, faute de ressources (matérielles, humaines et financières). D'autre part,

cet « usage non prévu »³⁶³ du service des urgences par les « familles roms » soulève, en l'absence de procédure institutionnelle formalisée, quelques incertitudes administratives. La gestion de ces situations éloignées du soin au premier sens du terme revient par défaut aux infirmiers du service. Ils répondent à cet usage non prévu et pourtant récurrent des urgences par l'instauration d'un ensemble de règles informelles. En assumant la régulation de cet impensé institutionnel, les infirmiers effectuent une fois de plus des tâches à la fois nécessaires au fonctionnement du service et délaissées par les autres catégories professionnelles.

2.2.1. « Y'a plus de place ailleurs »

Suite aux observations menées sur le terrain, nous convenons avec Jean Peneff que la « *disponibilité fonctionnelle [des services d'urgences] les conduit à servir de réceptacle aux problèmes sociaux qui n'ont pas trouvé de solution dans les autres institutions d'assistance* »³⁶⁴. Reprenant la même expression, Nicolas Belorgey décrit de quelle façon les difficultés sociales croissantes impactent les services d'urgences français depuis une trentaine d'années maintenant : « *des années 1980 environ aux années 2000, un certain nombre de facteurs se conjuguent pour renforcer les tensions qui s'expriment au niveau des services d'urgences et leur donner une visibilité particulière : montée du chômage, puis de la précarité, qui favorise la transformation des services d'urgences en « réceptacles » des problèmes sociaux qui n'ont pas trouvé de solution ailleurs* »³⁶⁵. Tous les infirmiers des urgences de l'hôpital L interrogés à ce sujet expliquent les demandes d'hébergement adressées par des usagers présumés roms par le manque de place dans les structures dédiées à cet usage.

Florent, dont la mère est également infirmière, travaille aux urgences de l'Hôpital public L depuis environ deux ans au moment de l'entretien. Il a choisi de travailler aux urgences par intérêts pour les soins de réanimation, la tension et l'adrénaline

³⁶³ « *Aucune institution, aussi contraignante soit-elle, ne peut obliger à ce que les usages institutionnellement prescrits soient effectivement réalisés, ni empêcher que des usages non prévus se déploient.* » Vincent Dubois, *La vie au guichet*, op. cit., p. 5.

³⁶⁴ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 23.

³⁶⁵ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 23.

qui accompagnent la prise en charge des urgences vitales³⁶⁶. Il dit ne pas se souvenir particulièrement avoir pris en charge des patients qu'il identifierait comme roms, pourtant il souligne qu'ils viennent souvent « en clan » pour demander à être hébergés aux urgences de l'Hôpital L. Pour lui, les urgences « récupèrent toute la misère » et constituent le seul recours des plus pauvres car le « système » ne permet pas à ces familles de bénéficier d'un hébergement adapté par ailleurs.

« Le système, il est ce qu'il est, et que voilà il est pas forcément adapté, euh donc voilà les patients, je pense que quand ils viennent ici aux urgences pour de l'hébergement ou pour des choses bénignes qu'ils ont laissé traîner, c'est parce que ben voilà, quelque part, y'a un manque aussi. C'est qu'aux urgences ben on récupère un peu ben toute la misère euh et que y'a peut-être pas assez d'associations, qu'il y a peut-être pas assez de choses qui sont mises en amont avant que les situations dramatiques arrivent et que voilà. Je pense que si les gens viennent, c'est pas par facilité c'est parce que ben ils ont que ça aussi. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Le Samusocial est particulièrement montré du doigt : faute d'un nombre suffisant de places d'hébergement d'urgence disponibles, les personnes les plus précaires (parmi lesquelles les enquêtés comptent les « Roms ») n'auraient pas d'autre recours que de reporter leurs demandes d'hébergement vers les hôpitaux publics³⁶⁷.

« A la base, c'est le Samusocial qui les adresse chez nous hein. C'est le Samusocial qui dit "on n'a pas de, on n'a pas de structure, on a rien pour vous proposer pour ce soir, allez aux urgences de [l'Hôpital public L] et rappelez-nous demain matin", voilà. Mais donc, c'est pour pas qu'ils soient dehors, c'est tout (...) on fait bouche-trou. » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Créé le 19 décembre 1994, à l'initiative du docteur Xavier Emmanuelli indigné par la condition des personnes sans abri, le Samusocial de Paris est un dispositif départemental de service public d'aide aux personnes les plus vulnérables en Ile-

³⁶⁶ « Ben ce qui me plaît [aux urgences], c'est, c'est, c'est les soins en réa[nimation], c'est les soins d'urgence, c'est le fait que on sait jamais à quoi s'attendre, on sait jamais ce qui va se passer dans la minute après, on est toujours un petit peu sur le fil du rasoir et, et voilà. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

³⁶⁷ A titre indicatif, le dernier rapport annuel du Samusocial indique qu' « en 2012, 40 050 demandes n'ont pas été pourvues pour des hommes isolés (soit +22,4 % par rapport à 2011) tandis que 9 320 demandes n'ont pas été pourvues pour des femmes isolées (soit -1,5 % par rapport à 2011). » Samusocial, *Rapport Annuel 2012*, <http://www.samusocial-75.fr/wordpress2/wp-content/uploads/2013/09/SSP-RA2012.pdf>. De même, Daniel Cefai et Edouard Gardella notent qu'« en moyenne quotidienne, 5000 appels arrivent au 115, 8000 quand les températures sont basses. Et environ 100 à 150 places sont libérées par jour, 400 en cas de plan "grand froid". Le bien rare de l'urgence sociale, l'hébergement, ne peut donc pas être distribué à tous les appelants le demandant. » Daniel Cefai et Edouard Gardella, *L'urgence sociale en action*, op. cit., p. 85. Voir aussi: Valentine Pasquessone, *L'hébergement d'urgences « complètement mis de côté »*, http://www.liberation.fr/societe/2011/07/22/l-hebergement-d-urgence-completement-mis-de-cote_750650, consulté le 23 octobre 2014. Caroline Bruneau, *Hébergement d'urgence: le cri d'alarme des personnels*, <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2011/08/02/01016-20110802ARTFIG00294-hebergement-d-urgence-le-cri-d-alar-me-des-personnels.php>, consulté le 23 octobre 2014.

de-France³⁶⁸. Il regroupe différentes aides destinées à améliorer la prise en charge des sans-abri : une équipe de maraudes, des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'accueil de jour, des lits-infirmiers. Le Samusocial de Paris est un groupement d'intérêt public qui compte divers membres, notamment la Mairie de Paris, la SNCF, la RATP et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il assure une mutualisation des moyens humains, matériels, financiers des membres dans le but de mener des actions en faveur des personnes sans abri. Parmi ces membres, l'Etat apporte une participation financière majoritaire. Initialement organisé dans le département de Paris, le Samusocial, aussi appelé « le 115 », s'est progressivement développé pour couvrir l'ensemble du territoire national. Pour Daniel Cefaï et Edouard Gardella, « *le Samusocial n'est pas une association caritative comme les autres. Il remplit une fonction de "quasi-service public", confirmé par son statut juridique de groupement d'intérêt public (GIP) à mi-chemin entre une entreprise, une organisation non-gouvernementale et un établissement public. La mission officielle de cette organisation est claire : aider des personnes sans logement, en particulier les "grands exclus", ceux qui "ne demandent plus rien".* »³⁶⁹

Dans le cadre de leur pratique quotidienne, les professionnels interrogés aux urgences de l'Hôpital public L font systématiquement le lien entre le nombre (réduit) de places disponibles au 115 et l'affluence de « familles roms » aux urgences. Cécile est infirmière aux urgences de l'Hôpital public L depuis trois ans. De son propre aveu, devenir infirmière n'a jamais été un choix personnel. Lorsque nous la rencontrons, elle envisage d'ailleurs une reconversion professionnelle vers la vente de prêt-à-porter car, « [infirmière,] c'est trop fatigant comme métier (...) physiquement, moralement ». Elle dit avoir pris en charge très peu de patients qu'elle identifierait comme roms, mais que « la plupart, pour les peu que [elle a] reçus, ils sont venus, c'était pour des demandes d'hébergement ». Pour elle, le lien entre les places d'hébergement disponibles au 115 et l'afflux de « Roms » aux urgences de l'Hôpital public L est évident.

³⁶⁸ Voir à ce sujet : Daniel Cefaï et Edouard Gardella, *L'urgence sociale en action*, op. cit. ; ainsi que : *Samusocial de Paris*, <http://www.samusocial-75.fr/>, consulté le 22 octobre 2014.

³⁶⁹ Daniel Cefaï et Edouard Gardella, *L'urgence sociale en action*, op. cit., p. 16.

« Enfin, cet hiver, je sais qu'il y a eu pas mal de réunions avec la police, le 115, tout ça. C'est vrai que, pendant un moment, on avait plus trop de Roms justement qui venaient, je sais pas trop ce qui s'était mis en place mais, je pense qu'ils avaient dû ouvrir d'autres structures, c'est obligé, et, ben on verra l'hiver prochain, ce qui se passe... Parce que c'est vrai qu'au bout d'un moment, à une certaine période, on en recevait vraiment beaucoup et c'était beaucoup trop, c'était limite vingt personnes par nuit, c'est énorme, c'est vraiment énorme, donc on peut pas loger tout le monde, c'est pas possible, donc là y'a des questions qui se posent. Et, du coup, bah le, le chef de service a pris rendez-vous avec le 115, la police aussi, parce que même la police, des fois, ils nous amènent des patients, des gens et je pense qu'ils ont dû discuter et ouvrir d'autres structures parce que c'est obligé parce qu'on peut pas tout recevoir, c'est pas possible. » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Sa collègue, Bertille, constate l'augmentation du nombre de demandes d'hébergement d'urgence et la stagnation du nombre de places d'hébergement disponibles par le biais du Samusocial. Elle souligne également les effets de seuil en matière de température extérieure qui ne permettent pas, selon elle, l'ouverture d'un nombre suffisant de lits au 115 en période hivernale, période où les « familles roms » viendraient massivement chercher une solution d'hébergement aux urgences.

« Ça fait que depuis quelques années que, parce que c'est, les places au 115 sont de plus en plus, elles sont de plus en plus demandées et y'en a pas énormément, ils ont pas franchement augmenté le nombre de places et y'a toujours le côté seuil au niveau de température, si ça descend pas en dessous de tant de degrés, ils ouvrent pas de lits supplémentaires alors qu'ils sont prêts et qu'il y a le personnel pour y être, voilà, c'est leur mission. En fait, le centre 115, il faut appeler à 7h30 [du matin] pour essayer d'avoir une place le soir, voilà. C'est, c'est une catastrophe au niveau de l'hébergement la nuit des SDF, parce que même là, on n'est plus en Plan "Grand Froid", le soir, il fait super froid, voilà, moi quand je sors du travail à 21h, j'ai froid et, ces gens-là, ils sont tout le temps dehors donc c'est, le gros souci c'est que, en dehors de l'hôpital, y'a le centre 115, quelques hôtels qui, en accord avec le 115, accueillent des familles surtout, mais y'a pas assez de moyens et, du coup, les gens n'ont plus que ce, ce recours-là... » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Malgré le caractère récurrent de ces demandes³⁷⁰, l'hébergement dans les services d'urgences des personnes n'ayant pas trouvé de place au 115 est, pour la plupart des enquêtés, à la fois une obligation morale – « c'est horrible » de dire à quelqu'un de rester dehors quand il fait froid – et une obligation institutionnelle –

³⁷⁰ « [Des Roms qui viennent aux urgences pour être hébergés] c'est pas ponctuel, c'est pas ponctuel, on a eu quand même une cellule de crise cet hiver, c'était pas ponctuel, c'était tous les soirs, tous les soirs, tous les soirs ! On avait du monde tous les soirs, tous les soirs, par manque de place au 115. Donc c'est pas, c'est pas ponctuel, non c'est pas ponctuel, c'est, ça a été vraiment une réalité. Après, voilà, c'est une réalité sur l'année, c'est pas tout le temps, en hiver, en grosse période de, de froid, effectivement (...). » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

lorsque le Plan « Grand Froid » est déclenché, les équipes des urgences n'ont « pas le choix », elles doivent héberger ces usagers à l'hôpital.

« Aux urgences, oui en tout cas, quand y'a plus de place au 115, l'hiver y'a le protocole "Grand Froid" qui est lancé après, les pompiers, ils nous ramènent tous les SDF, tout ça, on est obligés de les garder pour la nuit, après c'est sûr que, quand y'a pas de place au 115, tu vas pas dire à la personne "ben vous restez dehors", il fait trop froid, c'est horrible de dire ça, c'est vrai qu'on peut pas héberger tout le monde, mais après... En même temps, on n'a pas le choix, l'hiver quand ce protocole est lancé, y'a plus le choix quoi. » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Comme le remarque Corinne, agent administratif travaillant à l'accueil des urgences de l'Hôpital L, des associations comme Médecins du monde ou la Croix-Rouge seraient également à l'origine de ces demandes d'hébergement. Elle fait, elle aussi, le lien entre le manque de place au 115 et la fréquence de ces demandes.

« Souvent [les Roms] ils viennent dans la journée parce qu'ils sont envoyés par des, des associations qui s'appellent Médecins du monde et tout ça, qui leur disent "allez aux urgences de n'importe quel hôpital et ils vont vous héberger", (...) souvent c'est pour des demandes d'hébergements. (...) C'est de plus en plus souvent maintenant qu'ils sont refoulés par toutes les associations comme Médecins du monde, comme la Croix-Rouge ou autres, on leur dit – même parfois le 115 ! – (...) "y'a plus de place". Je crois qu'il y a plus de place, y'a un problème de place, ils leur disent "rapprochez-vous des urgences d'un hôpital pour vous faire héberger". » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Anne Fournier, la cadre médico-social d'un établissement de la région parisienne, explique qu'« il y a de plus en plus de patients précaires et les situations sociales sont de plus en plus difficiles. Avant, quand on avait une femme enceinte sans-papiers, généralement, elle avait un lieu d'hébergement ou la sécu... Alors que, maintenant, la situation s'est de plus en plus dégradée, alors qu'on [les assistantes sociales] prend les situations sociales de plus en plus en avant [tôt] ». Elle explique que les difficultés de logement, d'emploi, de statut administratif se cumulent, voire s'induisent les unes les autres. Par exemple, il est, selon elle, très difficile d'obtenir des nuitées d'hôtel pour les personnes en situation irrégulière du fait qu'elles n'ont aucune perspective de régularisation, mais une femme sans-papiers, dormant dans la rue avec son enfant faute d'avoir obtenu des nuitées d'hôtel, perdra la garde de son enfant³⁷¹.

Pour les enquêtés, le manque de ressources dont disposent le Samusocial et les associations de soutien aux personnes précaires provoque le report des demandes

³⁷¹ Anne Fournier, ~45 ans, cadre médico-social, entretien exploratoire.

d'hébergement, notamment adressées par des « Roms », vers les services d'urgences des hôpitaux. Or, s'il est impensable pour la majorité des professionnels des urgences de l'Hôpital L de refuser d'héberger des personnes sans solution de logement, le service ne leur semble toutefois pas réunir les conditions nécessaires à cet usage.

2.2.2. Des conditions matérielles inadaptées à l'hébergement

De nombreux professionnels interrogés sur la question de l'hébergement d'usagers présumés roms déclarent : « c'est pas normal qu'on les héberge à l'hôpital », ou bien « c'est pas aux urgences d'assumer ça » ou qu'ils ne sont « pas là pour ça ». Toutefois, cela ne signifie pas toujours qu'ils désapprouvent le principe de l'hébergement de personnes précaires à l'hôpital. Pour la majorité des professionnels rencontrés aux urgences de l'Hôpital L, l'hébergement ponctuel d'usagers perçus comme roms dans le service ne pose pas de problème de principe. Les enquêtés expliquent qu'il ne serait pas « moral » de laisser une personne sans hébergement dormir dehors. Toutefois, l'inadaptation des moyens matériels et humains dont dispose le service des urgences pour répondre à cette demande interroge de nombreux soignants. Ils remettent en question le manque de moyens dont ils disposent, le bricolage nécessaire et les mauvaises conditions dans lesquelles ces usagers sont reçus dans un service inadapté à cette demande. Les conditions d'hébergement dans le service des urgences de l'Hôpital public L sont en effet très rudimentaires : les brancards étant réservés aux patients, les professionnels du service ne peuvent alors offrir aux usagers qui cherchent refuge pour la nuit que les chaises des salles d'attente. De plus, le service ne bénéficie pas d'un service de restauration, et, d'un point de vue sanitaire, il ne dispose que d'une douche et d'un cabinet de toilette à l'usage du public.

Une des assistantes sociales du service explique ainsi que les « collègues du Samusocial » n'ont pas conscience des conditions d'accueil dans les services d'urgences, en termes de place et de confort matériel, mais également en ce qui concerne les ressources alimentaires. Originnaire de Bretagne, Rosina conçoit son

choix pour la profession d'assistante sociale comme une évidence au regard de l'investissement des membres de sa famille dans le domaine social³⁷². Une fois diplômée, elle débute sa carrière dans le milieu hospitalier (déjà aux urgences) puis passe le concours de la fonction publique territoriale et devient assistante sociale de secteur. Lorsque son conjoint se voit offrir une opportunité de carrière à Paris, elle obtient un poste aux urgences de l'Hôpital public L. Au moment de l'entretien, Rosina travaille depuis plus de dix ans comme assistante sociale, dont quatre aux urgences de l'Hôpital L. Elle se targue d'avoir tissé des liens avec ses principaux interlocuteurs professionnels dans les institutions ou organisations qu'elle est amenée à contacter régulièrement. Elle estime que c'est un bon moyen de réduire les difficultés inhérentes à la conduite de ses missions quotidiennes, pour que ça ne soit « pas tant que ça la lutte ».

« Si t'as un partenariat qui est de qualité, si des gens te connaissent et savent comment tu travailles, si tu travailles bien en confiance avec des soins de suite, avec des lieux d'accueil, avec du partenariat extérieur, des associations d'accueil de personnes sans domicile fixe et tout, c'est pas tant que ça de la lutte (...). C'est pour ça qu'on fait de l'accueil aussi de nos partenaires ici aux urgences pour qu'ils connaissent un petit peu nos conditions de travail et euh, voilà, c'est pas forcément de la lutte. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle a ainsi convié des « collègues du Samusocial » à venir visiter le service et constater dans quelles conditions matérielles sont reçus les usagers à qui ils disent de s'adresser à l'Hôpital L lorsqu'ils manquent de places d'hébergement. Pour Rosina, le fait de pouvoir mettre les gens à l'abri du froid et de la pluie n'est pas suffisant pour parler de « conditions correctes » d'hébergement.

« L'hébergement, ça repose toujours le même problème, l'hébergement des patients c'est toujours très problématique pour nous, c'est, on n'a pas cette mission-là [à l'hôpital]. Quand on fait venir du public du Samu, enfin des collègues du Samusocial – on en a fait venir de temps en temps pour qu'ils découvrent l'institution – alors je leur montrais, je leur dis "voilà, quand vous, quand vous dites aux gens 'venez à l'hôpital pour vous faire héberger'" – puisque ça arrive que le Samusocial réponde ça aux gens quand ils ont pas de place – (...) je leur dis "voilà, venez voir les conditions, venez voir, c'est pas un brancard qu'ils ont, c'est au mieux un matelas dans la salle d'attente. Quand vous faites venir une famille de dix personnes – parce que c'est déjà arrivé, enfin deux familles de cinq personnes – quand vous faites venir ces personnes-là, voilà dans quelles conditions ils vont aller. Quand on vous dit que c'est pas possible, c'est pas qu'on veut pas hein, idéalement, si

³⁷² « J'ai baigné dedans depuis toute petite puisque j'ai une famille qu'a été très investie au niveau social et au niveau vie des communes, dans lequel on a travaillé. J'ai découvert la profession plus particulièrement par ma belle-sœur qui est, elle-même, assistante sociale. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

on pouvait, on le ferait, mais là on peut pas, c'est juste on ne peut pas". On ne pourra pas leur offrir à manger à tous, on va offrir à manger aux gamins, on va prioriser les gamins et les grands-pa[rents], voilà. Et les nuits, ben voilà ce sera les gamins qui dormiront mais les autres, les adultes, ils dormiront sur des, sur des chaises. Ça va être ça, parce qu'on pourra pas mettre plus d'un ou deux matelas dans la salle d'attente, donc c'est tout dans la salle d'attente des familles. Donc voilà, on va pas leur offrir des conditions correctes. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Finalement, elle ajoute que ces usagers en demande d'un hébergement temporaire aux urgences ne constituent pas le public attendu de l'institution. Les personnes précaires sans logement ne font pas partie de « son public » dans la mesure où leur requête ne comprend pas de demande d'ordre médical.

« Là, l'institution, elle se retrouve avec un public qui est pas son public, qui n'est pas son public, ce n'est pas le nôtre. Les gens, ils viennent avec un problème de santé, point, c'est les nôtres ça. Bon, des fois, ils viennent avec un problème de santé qu'a traîné depuis un mois, ils viennent quand même aux urgences, ok ! Mais voilà, ils ont quand même une base. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

En tant qu'assistante sociale, elle est sensibilisée aux autres recours dont disposent ces usagers, dans le domaine social, pour trouver un hébergement d'urgence. Les professionnelles employées par les conseils généraux et les municipalités, qu'elle appelle « les assistantes sociales de secteur », lui semblent mieux à même de gérer ces demandes, tandis que son rôle, en tant qu'assistante sociale hospitalière, serait davantage centré sur l'accès aux droits à la santé³⁷³. Rosina souligne ainsi qu'en assumant les tâches afférentes à l'hébergement des usagers présumés roms aux urgences, elle s'éloigne de ses priorités professionnelles.

La cadre des urgences générales de l'Hôpital L considère également que gérer l'hébergement des usagers précaires (prendre contact avec le Samusocial pour leur trouver une place ou bien organiser le service pour pouvoir les loger pour la nuit) ne devrait pas faire partie des missions des soignants du service. Zoé Denis travaille pendant dix-huit ans comme infirmière dans de nombreux services différents, dans « quatre ou cinq établissements » publics et privés. Puis, à la

³⁷³ « Nous [les assistantes sociales hospitalières], on est sur un public, on accueille ici aux urgences, le public qui a été vu ou qui a consulté ou qui a été hospitalisé aux urgences, voilà, c'est le principe. C'est-à-dire que si je me mettais à voir toutes les personnes qui font appel à l'assistante sociale des urgences mais qui n'ont pas consulté, je pourrais mettre mon bureau [dans la gare la plus proche], ça serait la même chose, voilà, donc (rires) là, on est bien sur cette règle-là, le public qui a ou qui a été hospitalisé aux urgences. Le principal, c'est quand même l'accès au droit à la santé des personnes. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.
Voir à ce sujet : *Décret n° 2012-1098 du 28 septembre 2012 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'Etat*, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=34941304E2F0EF06986D338F5D27AF56.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000026426974&dateTexte=20130926, consulté le 14 novembre 2014.

demande de son encadrement, elle passe le concours et devient cadre infirmier. Elle estime que ses expériences professionnelles dans des établissements privés lui ont permis d'acquérir une autonomie nécessaire à l'exercice de la fonction de cadre. Au moment de l'entretien, elle exerce cette fonction depuis quatre ans, dont une année et demie aux urgences de l'Hôpital public L. Pour elle, la prise en charge globale du patient est un principe fondamental, quel que soit le service auquel ce dernier s'adresse³⁷⁴. L'importance qu'elle accorde à cette notion de prise en charge globale explique en partie les réticences qu'elle a au sujet de l'hébergement de patients présumés roms au sein du service des urgences. Elle estime qu'il n'y a pas assez de structures pour accueillir les usagers précaires, mais que le service des urgences de l'Hôpital L n'est pas adapté à l'hébergement de familles et, en particulier, d'enfants présumés roms.

« Alors, en fait, ils [les Roms], en général ils viennent vers 20h, on va les, on va les enregistrer, ils vont aller en salle d'attente familles si y'a des enfants, y'a souvent des enfants, et ensuite, très tôt, les équipes de nuit leur demandent d'appeler le Samusocial, vers 7h, où ils sont pris en charge par les assistantes sociales. Nous, ça nous est arrivé une fois ou deux d'appeler le Samusocial le samedi matin, voilà, donc c'est des gens qu'on voit très peu (...) Si y'a la barrière de la langue, on peut appeler le Samusocial pour eux, mais c'est pas une prise en charge euh comment dire type, type d'urgence parce que là, y'a pas de pathologie et nous, on est aussi dans la dimension "on est pas là pour faire de l'hébergement", c'est pas notre rôle non plus. Les conditions sont pas adaptées (...), on n'est pas là pour ça. Je pense que là, je pense que là, c'est au niveau du gouvernement enfin c'est, d'avoir, d'adapter des structures pour [les recevoir]. Nous, ben du coup, alors ceux qui ont pas d'enfants, ils vont rester assis dans la salle d'attente, faut qu'ils partent le matin et puis, ceux qui ont des enfants, ils vont en salle des familles. » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour la cadre des urgences, non seulement les conditions matérielles à disposition dans le service ne permettent pas d'héberger convenablement les personnes qui en font la demande, mais cette mission ne devrait pas être remplie par les urgences hospitalières. Dans la mesure où ces demandes de prise en charge sont dénuées de caractéristiques pathologiques, elles devraient être adressées à des structures

³⁷⁴ « Un patient, on le prend en charge de l'accueil, ça veut dire qu'on l'accueille, on lui explique ce qui va arriver, tatatatata, on prend soin de ses affaires, c'est-à-dire si il a dépôt, vestiaire, machin, (...). Après y'a la gestion du patient, on lui explique les examens, on l'informe de ce qui va se passer, et c'est aussi quand il part, je retourne voir le patient, je, je récupère les radios, les ordonnances, le machin quand le médecin a préparé, je vérifie si c'est bon, le bon patient, je donne tout au patient et je regarde si il a des questions à poser, et en même temps je lui dis au revoir. Parce que tout ça, c'était pas fait hein, donc voilà, y'avait des radios dans tous les coins euh voilà, parce que non, eux [les professionnels des urgences], la, la, je sais pas, l'urgence c'était l'urgence, c'était la perf[usion], voilà. » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

spécifiquement mises en place par les instances gouvernementales pour remplir cette mission d'hébergement.

La cadre supérieure de gynéco-obstétrique de l'établissement remarque quant à elle que l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'est engagée à prendre en charge l'hébergement d'usagers précaires. Pourtant, à ses yeux, il n'est pas « normal » que des femmes enceintes soient hébergées à l'hôpital. Elle utilise la même formule que Zoé Denis : « On n'est pas là pour ça ».

« Théoriquement, la loi de 1945 sur les PMI³⁷⁵, je veux dire, c'était pour éviter qu'il y ait des femmes enceintes dans la rue, or il y en a des femmes enceintes dans la rue, c'est pas normal, de même que c'est pas normal qu'on les héberge à l'hôpital, on n'est pas là pour ça, mais bon ça fait partie de quelque chose qu'avait accepté l'assistance publique avec la PMI. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

D'ailleurs, si les professionnels des urgences générales de l'Hôpital L ont l'habitude de traiter les demandes d'hébergement des publics précaires et disposent de locaux pour les installer, ce n'est pas le cas des urgences gynéco-obstétriques dont les équipes ont pris pour habitude de faire appel aux assistantes sociales pour trouver des solutions de logement temporaires à ces usagers. La situation se complique lorsque des usagers à la recherche d'une solution d'hébergement se présentent après 17h, heure de fermeture du service social des urgences gynéco-obstétriques.

« Ben, ce qui est marrant, c'est que je vois, elle [Ingrid, l'assistante sociale du service] part à 17h, à 17h t'en vois arriver [des Roms qui cherchent un hébergement], là tu te dis "merde là, c'est pas mon job, qu'est-ce que je fais ?" Alors, plusieurs fois, je me suis vue appeler le Samusocial sauf que tu restes une heure et demie au téléphone. Bon ben je le fais plus parce que, ben du coup, ben t'as des patients à côté quoi et euh ouais, ouais, c'est, tu te retrouves des fois "mais qu'est-ce que je fais là ?", t'es un peu démunie. » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Cette infirmière ne dispose pas des mêmes possibilités d'hébergement que ses collègues des urgences générales : la salle d'attente du service de gynéco-obstétrique est beaucoup plus petite. Elle n'a pas d'autre solution que d'appeler elle-même le Samusocial en espérant trouver une place d'hébergement d'urgence mais cela lui demande un temps considérable, temps qu'elle ne consacre pas à ce

³⁷⁵ La Protection maternelle et infantile (PMI) est un système de protection de la mère et de l'enfant, créé en France par une ordonnance du 2 novembre 1945.

qu'elle définit comme sa tâche principale en tant qu'infirmière : la prise en charge des « vraies patientes » du service.

Au-delà des doutes sur les conditions matérielles d'accueil et sur les missions des services d'urgences, les enquêtés s'interrogent également sur les risques que courent les usagers présumés roms, en particulier les enfants, qui sont effectivement hébergés aux urgences. Pour Guilaine, l'agent comptable, les enfants présumés roms seraient susceptibles d'attraper les microbes qui prolifèrent dans le service, même si elle laisse entendre que leur mode de vie (« ils sont toujours par terre ») favoriserait leur résistance en la matière.

« A l'hôpital, les enfants, c'est dangereux de les amener, les urgences c'est plein de microbes, je sais bien qu'ils [les Roms] sont toujours par terre, ils ont toujours des, mais les... comment dire, c'est un hôpital, c'est plein de microbes, si vous amenez des enfants, ils risquent de les attraper, c'est pas un endroit où mettre des enfants, vous avez des clochards, vous avez des gens qui sont blessés, y'a des plaies, y'a des... » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour le docteur Dupetit, il n'est pas « normal » que des enfants soient hébergés aux urgences, notamment parce que la population qui est accueillie dans le service la nuit est souvent alcoolisée, parfois violente.

« [Les Roms] c'est vraiment une communauté assez particulière hein (...). Cet hiver, moi, j'avais eu une famille en hébergement et ça souvent, des fois je vois les timbres, on voit des familles en hébergement, donc ça, c'est différent parce qu'on les soigne pas, donc... (...) Il devrait y avoir des centres pour ça. Non, non, c'est pas normal quand tu as, quand t'as des enfants de cinq ans au milieu des urgences le samedi soir, les gens ils sont bourrés euh... Non, c'est pas normal, c'est pas aux urgences d'assumer ça, on a déjà suffisamment de patients à surveiller, et puis ça fait des gens en plus. Non, non, y'a pas assez de structures pour accueillir les gens qui dorment dehors par moins quinze [degrés] à Paris quoi, ça, c'est... Des enfants, tout ça, ça devrait pas rester aux urgences même une nuit quoi hein. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Les urgences de l'Hôpital public L reçoivent fréquemment des personnes précaires, et en particulier des familles identifiées comme roms, qui cherchent un hébergement pour la nuit. Les professionnels du service regrettent la médiocrité des conditions d'accueil à leur disposition, s'interrogent sur le bien-fondé de l'hébergement des usagers précaires dans un service dont la mission principale est curative, ou bien énumèrent les risques sanitaires encourus par les usagers effectivement hébergés dans le service. Pourtant, malgré ces objections, les professionnels qui travaillent aux urgences de l'Hôpital public L accèdent généralement à ces demandes d'hébergement, alors même qu'elles soulèvent de nombreuses difficultés institutionnelles et administratives.

2.2.3. Les conséquences institutionnelles de cet usage non prévu

« Liée, sur le plan psychologique, à la réduction des sources inconscientes d'angoisse, la routine est la forme prédominante d'activité sociale accomplie au jour le jour. La plupart des pratiques quotidiennes ne sont pas motivées de façon directe. Les pratiques routinisées sont l'expression par excellence de la dualité du structurel, au regard de la continuité de la vie sociale. Dans l'accomplissement de leurs routines, les agents entretiennent un sentiment de sécurité ontologique. »³⁷⁶

De fait, malgré leur récurrence, les demandes d'hébergement temporaire formulées par les usagers présumés roms constituent visiblement un obstacle aux pratiques routinisées des professionnels hospitaliers. En acceptant d'héberger des usagers dénués de solution de logement dans le service, le personnel des urgences se heurtent à une difficulté d'ordre administratif dont les conséquences ne sont pas négligeables : ces usagers doivent-ils être considérés comme des patients du service, auquel cas ils devraient faire l'objet d'une inscription administrative, d'une évaluation IAO et d'une consultation médicale, ou bien, leur demande relevant du social et non du médical, doivent-ils simplement et directement être installés en salle d'attente pour la nuit ?

Le docteur Stéphanie Dupetit, qui travaille aux urgences de l'Hôpital L depuis un an et demi et dont c'est le premier poste, souligne l'incertitude créée par ces demandes d'hébergement pour lesquelles aucune procédure institutionnelle n'est prévue³⁷⁷. Pour sa part, elle considère que la demande de ces usagers présumés roms n'est pas d'ordre médical. Par conséquent, il n'y a, à ses yeux, pas plus de raison de faire passer un examen médical à une personne qui vient dans le service pour se faire héberger, qu'aux accompagnants des patients pris en charge dans le service.

³⁷⁶ Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 344.

³⁷⁷ Notons de nouveau à cette occasion la supériorité hiérarchique des médecins qui décident en dernier ressort si les infirmiers d'accueil et d'orientation doivent évaluer l'état de santé des patients qui se présentent dans le service pour être hébergés.

« Moi, à chaque fois, c'est – parce que y'a différentes attitudes de médecin hein (...) et d'infirmières d'ailleurs – y'a les hébergements qui sont même pas constantés³⁷⁸, pas de tension, rien du tout, mais ce que je trouve logique, enfin moi, à partir du moment où tu me dis "je viens dormir", tu me dis pas "je viens parce que je suis malade", donc j'estime que tu es comme un accompagnant, comme la personne qui vient et qui, voilà, (...) je trouve pas ça normal et en termes de responsabilités, je sais pas ce que j'engage moi, par contre, je sais pas. Imagine, on [un IAO] me dit "[Stéphanie], y'a madame machin qui vient pour dormir, je la constante, je la constante pas ?", "ben non, tu la constantes pas", et puis finalement, la dame, elle a quarante de fièvre, elle a une méningite. Bon, (...) mais je pars du principe que, si ils viennent que pour dormir, si ils ont aucune plainte médicale, je n'irai pas les voir ben parce que c'est comme si je disais aux accompagnants "mais bon, tenez, vous aussi, on va vous prendre la tension". » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Tout en déclarant que seule la demande d'hébergement doit être satisfaite, le docteur Dupetit n'élude cependant pas le risque que ces usagers puissent également avoir un problème de santé et pose la question de sa responsabilité professionnelle : si une personne hébergée dans le service décédait sans avoir fait l'objet d'une consultation médicale, en tant que médecin de garde cette nuit-là, serait-elle considérée comme responsable ? Cela serait-il jugé comme une faute professionnelle ?

Selon Rosina, l'assistante sociale du service, ces usagers devraient systématiquement faire l'objet d'une inscription administrative, d'une consultation médicale et d'une évaluation sociale ce qui permettrait d'écarter tout risque pathologique et de s'assurer du caractère exceptionnel du recours aux urgences comme mode d'hébergement.

« L'hébergement de nuit euh, c'est un débat qu'on a déjà depuis pas mal de temps sur l'hébergement de nuit. Y'a des hébergements de nuit qui se font sans inscription [administrative] euh normalement ils devraient pas. Ils devraient être systématiquement inscrits et vus [par un médecin]. Euh et normalement, si on voulait aller jusqu'au bout, il vaudrait quand même, quand ça se répète – si c'est pour un ponctuel et que les gens connaissent déjà le 115 et connaissent déjà voilà, euh pas forcément besoin de nous – mais si c'est des gens qui sont, qui sont vraiment à la dèche et qui connaissent pas le système, c'est intéressant qu'on puisse venir évaluer, parce que peut-être qu'ils relèvent pas du 115 et qu'ils relèvent de, d'autres structures, enfin voilà de quoi euh et on les voit pas systématiquement. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle souligne également que le défaut d'inscription administrative des personnes hébergées ne permet pas de garder la trace de cette activité, secondaire mais

³⁷⁸ « Constantés » signifie évaluer les constantes physiologiques (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température corporelle, etc.) des patients.

effective, du service. Le problème est particulièrement aigu dans le cas du service social des urgences pour qui ces usagers constituent une part non déclarée de leur activité : ils n'apparaîtront pas dans les données statistiques du service.

« On se pose toujours la question, c'est "on les inscrit, on les inscrit pas ? Pourquoi ? Comment ?", voilà. Moi, si [les agents d'accueil] ils les inscrivent pas, concrètement je vais faire le boulot, j'ai aucune trace statistique, ils existent pas, c'est des gens, je n'aurais, je pourrais les rentrer nulle part, ils existeront pas dans nos chiffres [du service social]. Si on les inscrit, on [les soignants] a une obligation de les, de les voir [dans le cadre d'une consultation], de les constater, de, voilà et ça, notre, notre charge de travail... Alors que c'est des patients qui viennent pas pour un problème médical mais qui viennent pour un problème social. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Finalement, cette mécontente sur la procédure à suivre en matière d'hébergement d'urgence dans le service révèle l'impensé et l'inadaptation du système aux demandes sociales adressées à un service aujourd'hui prioritairement curatif. Même si la plupart des enquêtés soutiennent que répondre à l'urgence sociale fait partie des missions du service et des professionnels qui y travaillent, rien n'est instauré formellement et institutionnellement aux urgences de l'Hôpital L pour y faire face. La réponse du service à ces demandes répétées d'hébergement fait l'objet de bricolages en interne qui, comme le souligne le docteur Mallem, l'un des principaux médecins seniors du service, rendent invisibles des tâches pourtant réalisées.

« Autre intérêt, alors là, basique, d'inscrire ces patients, enfin ces personnes plutôt – c'est pas des patients – ces personnes, c'est d'avoir une trace de la file active, de repérer les patients qui viennent de façon régulière pour les hébergements, pour qu'ils puissent être signalés éventuellement à des associations, pour qu'ils puissent être pris en charge. Et, autre intérêt, c'est que ça permet de voir exactement l'activité que ça génère et faire pression sur les pouvoirs publics pour savoir de quelle manière elle peut être valorisée d'une manière ou d'une autre. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Contrairement à l'activité médicale qui fait l'objet d'un contrôle institutionnel (en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité³⁷⁹), l'activité sociale, tout en étant considérée comme faisant partie des missions des services d'urgences, ne fait l'objet que d'une attention modérée, souvent dénuée de moyens d'évaluation³⁸⁰. Les incertitudes quant aux procédures à mettre en œuvre pour

³⁷⁹ Nous y reviendrons dans le cadre du chapitre 7, pp.468-495.

³⁸⁰ « Dans une vision soignante stricte, un patient en bonne santé ne mérite guère d'attention, ce n'est plus un patient. » Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 205.

prendre en charge des usagers qui demandent à être hébergés temporairement aux urgences de l'Hôpital L en sont l'illustration la plus flagrante.

Corroborant la thèse de E. Hughes selon laquelle les missions des infirmiers comprennent toutes les tâches délaissées par les autres catégories de professionnels³⁸¹, ce sont généralement les infirmiers d'accueil et d'orientation qui répondent aux demandes d'hébergement émanant d'usagers présumés roms. Ils ont alors pour mission de gérer ces situations récurrentes pour lesquelles aucune règle n'a été établie. Cette gestion avant tout matérielle et logistique du service est pourtant susceptible d'avoir indirectement un impact sur la quantité de travail des assistantes sociales ou d'engager la responsabilité professionnelle des médecins. Ces usages non prévus de l'institution hospitalière par les usagers présumés roms révèlent une nouvelle facette du rôle de gestionnaire des urgences qu'endossent les infirmiers d'accueil et d'orientation. Pourtant, une fois de plus, ces professionnels ne disposent d'aucun moyen institutionnel pour faire face à ces demandes, ils sont donc amenés à inventer des règles informelles pour encadrer ces usages non prévus.

2.2.4 Inventer des règles informelles pour répondre aux demandes d'hébergement

Malgré les difficultés que cela entraîne pour le service, aucun professionnel interrogé n'imagine renvoyer un usager en recherche d'hébergement à la rue sans solution. Les demandes d'hébergement adressées aux urgences de l'Hôpital public L sont par conséquent généralement honorées. Au dire des enquêtés, des « familles roms » sont ainsi fréquemment hébergées pour la nuit dans le service. Pour Latifa, une infirmière du service, l'hôpital ne peut pas « accueillir tout le monde ». Pourtant, elle souligne le cynisme qu'il y aurait à refuser d'accueillir une patiente pour hébergement, puis à l'admettre dans le service pour traumatisme une fois qu'elle se serait fait agresser dans la rue suite à ce refus.

« On doit avoir quand même une limite, on va pas accueillir tout le monde, mais une femme qui arrive et qui dit, je sais pas, "j'ai nulle part où aller, est-ce que je peux rester en hébergement chez vous ?" Oui, c'est un hôpital public, on va pas lui dire "non, non, allez-y, allez dehors comme ça vous allez vous faire braquer et puis vous allez vous faire taper

³⁸¹ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 70.

dessus, là par contre, quand vous reviendrez, là on vous gardera parce qu'on vous mettra en traumatologie et, avec un peu de chance, vous irez au bloc opératoire parce qu'il vous aura cassé votre..." Voilà, je trouve ça, non, c'est un hôpital public, c'est bien de savoir qu'on peut aller se réfugier quelque part, enfin je sais pas... Après, on va pas accueillir tout le monde mais... bon, on le fait déjà mais... » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Il revient alors aux infirmiers du service, et tout particulièrement aux infirmiers d'accueil et d'orientation, de trouver des solutions pour répondre à cet usage récurrent mais non prévu de l'institution. Les incertitudes administratives qui entourent la question de l'hébergement d'urgence à l'hôpital et le manque de moyens matériels et humains permettant d'accueillir ces usagers précaires dans des conditions correctes expliquent, en partie, que les professionnels des urgences de l'Hôpital L cherchent à poser des limites à ces demandes. Ils ont ainsi mis en place certaines règles officieuses pour gérer les fréquentes demandes d'hébergement qui leur sont adressées.

La première d'entre elles concerne les espaces dédiés à l'hébergement temporaire dans le service. Comme nous l'avons vu, les personnes isolées sont invitées à passer la nuit dans la salle d'attente générale, tandis que les familles avec enfants – le plus souvent des familles identifiées comme roms – sont installées dans la salle d'attente associée aux soins intensifs. Il n'est donc jamais question de mobiliser un brancard, un box d'auscultation ou un lit de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)³⁸² pour y installer une personne qui ne présente pas un problème de santé. La mission de soin reste prioritaire.

La durée de l'hébergement fait également l'objet d'une réglementation officieuse : il est admis entre professionnels du service que les personnes hébergées doivent quitter les salles d'attente à l'arrivée de l'équipe du matin.

« Et puis, vraiment, [les Roms,] c'est des gens qu'on n'entend pas après, ils, enfin moi, les cas que j'ai eus, on les installe et vraiment, quand, ils viennent jamais rien demander, ils sont tranquilles en famille, quand on leur demande, parce que les hébergements, par contre, assez tôt, on leur demande de partir pour libérer des places et parce que sinon, ils peuvent pas rester non plus toute la journée et, et ces familles-là n'ont jamais posé de problème pour partir (...). » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

³⁸² L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), encore appelée unité d'hospitalisation d'urgences (UHU) ou « lits-portes », désigne un service d'hospitalisation temporaire, souvent accolé aux urgences, dans lequel sont reçus les patients qui doivent être surveillés ou en attente d'un lit d'aval.

Les infirmiers interrogés donnent deux justifications à cette règle informelle. Tout d'abord, les aides-soignants doivent pouvoir procéder au nettoyage des salles d'attente avant l'arrivée des premiers patients de la matinée. D'autre part, les assistantes sociales, qui arrivent dans le service en début de matinée, sont susceptibles de subvenir de façon plus pérenne au besoin de logement des usagers qui ont été hébergés durant la nuit. En s'assurant du respect de cette règle informelle par les usagers, les infirmiers du service participent donc indirectement à l'organisation du travail des aides-soignants et des assistantes sociales du service. Comme le remarque Françoise Acker, « *le travail d'articulation des différentes dimensions de prise en charge des patients est, de fait, assuré par les [infirmières] mais sans être pensé comme un réel travail.* »³⁸³ D'un point de vue purement pratique, cette règle fixe une limite à la durée de l'hébergement et autorise les membres de l'équipe de soin à exiger le départ des usagers hébergés dans le service³⁸⁴. Pour Fabienne, cette règle informelle protège les soignants qui risquent de « se faire bouffer » par les membres de la « communauté rom » hébergés aux urgences pour la nuit.

« Après, ben y'a des règles comme partout quoi, si tu veux, après tu peux pas laisser instaurer une situation, ça, c'est logique, mais après, t'as l'assistante sociale le lendemain, mais après, voilà, si... Toi, tu les mets dehors après, tu peux pas laisser instaurer le truc. Après y'a des règles, ça c'est clair qu'il y a des règles, ça veut dire que oui, tu vas héberger mais il faut qu'ils partent le lendemain matin, parce que toi, tu peux pas héberger une famille, tu peux pas la laisser dans la salle d'attente, tu peux pas faire plein de choses quoi. Donc après, il faut quand même malgré tout, voilà, que la structure prenne le dessus quoi, parce que sinon après tu te fais bouffer aussi hein comme partout (...). Mais c'est sûr qu'après, ouais, si c'est toute la communauté qui vient, tu peux pas gérer quoi. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

L'hébergement d'urgence est entendu, par les professionnels infirmiers, dans un sens restrictif et ponctuel : il s'agit de secourir des personnes en difficulté, de façon à ce qu'elles puissent passer une nuit à l'abri avant de trouver une solution

³⁸³ Françoise Acker, « Les infirmières en crise? », *Mouvements*, 1 juin 2004, vol. 32, n° 2, p. 64.

³⁸⁴ « Autre cas de familles roms, d'Europe de l'est, et qui était venue une nuit pour, avec donc deux familles, cinq enfants, pour être hébergées pour la nuit. Le médecin qui était là, de garde, a dit "bon, ben restez". Ils ont été installés dans la salle d'attente des familles, euh, eh bien au moment où on leur a dit "on vous donne un petit déjeuner, l'assistante sociale vous voit puis vous partez", et au moment du départ, il a fallu voir une mère de famille [en consultation médicale] parce que ceci, le fils parce que cela, la petite fille parce que cela, et à chaque fois y'a quelque chose de nouveau, jusqu'au moment où ça s'est terminé de façon un peu plus coercitive, hein et euh donc là les vigiles sont intervenus pour leur signifier que c'était terminé. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

plus pérenne, non de « laisser instaurer une situation » ou de « fidéliser les personnes » sans solution d'hébergement³⁸⁵.

« C'est surtout qu'on essaye de ne pas fidéliser non plus les personnes, parce que même si, effectivement, on se doit de les accueillir, il faut aussi qu'ils trouvent des places au centre 115, enfin voilà, donc c'est toujours un peu compliqué. Et le repas pour les personnes sans domicile fixe, c'est en fonction de l'infirmier d'accueil ou de l'aide-soignant qui est aux préadmissions la nuit, mais c'est en fonction de notre bon vouloir, c'est que si on a pas envie, on donne pas, voilà, c'est très dépendant de la personne qui se trouve à l'accueil. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

La question des repas au cours de l'hébergement est considérée par les enquêtés comme particulièrement susceptible d'entraîner la « fidélisation » des usagers en demande d'hébergement. Aucune règle officielle ou officieuse n'existe encore sur ce point à notre connaissance et le « bon vouloir » de l'agent d'accueil en la matière vient illustrer la théorie du pouvoir des *Street-level bureaucrats* de Michael Lipsky³⁸⁶ sur les usagers.

« On me dit "faut pas leur donner de petit-déjeuner non plus parce que, parce que sinon ils [les Roms] viennent tous, y'en a [plein] après". On m'a dit "après, si tu fais ça après y'en a plein, plein, plein, plein, plein". (...) Et y'a pas très longtemps, on a eu une famille, y'avait, ils étaient dix. Et je l'ai dit [au chef de service], je dis "appelez le Samusocial, c'est pas normal qu'ils nous adressent des familles de dix, on en fait quoi ? C'est pas, c'est pas possible !" En plus, ils vont en salle d'attente familles, les salles d'attente familles, c'est là où on met les familles dont les, dont les proches sont au sas [en soins intensifs], donc c'est pas possible quoi, avec des gamins qui couraient partout, et donc il les a appelés, ça s'est pas très bien passé. Il leur a dit que c'était "c'est le Samusocial qui a dit 'allez aux urgences'". Et moi, on me dit "ben faut pas leur donner de petit-déjeuner, c'est dur mais sinon, après, ils veulent pas bouger [quitter le service]", mais y'avait des enfants, tout ça, j'ai dit "si ! On donne des petits déjeuners !" Après, ils voulaient pas partir hein, ils voulaient pas appeler le Samusocial (...). C'est chiant, après c'est à nous de faire la police en disant "si ils s'en vont pas, on appelle la sécurité", c'est pas drôle quoi. » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Les professionnels infirmiers des urgences de l'Hôpital public L sont donc de nouveau amenés à « faire la police » pour réguler les conditions d'hébergement des usagers qui en font la demande. Il leur revient, de fait, de trouver des solutions pour faire face à cet impensé institutionnel. Ils inventent alors des règles officieuses encadrant principalement la durée de l'hébergement et les espaces qui y

³⁸⁵ « Les pauvres constituent non seulement une partie d'un tout, mais sont eux-mêmes un tout. En ce sens, ils constituent une entité. Comme ce cercle qui, étant le plus large, n'est pas entouré d'un autre cercle sur qui transférer l'obligation, le problème soulevé par les praticiens sociaux dans les petites entités corporatives cesse d'en être un : le fait qu'elles évitent d'assister les pauvres, de peur de ne plus pouvoir s'en débarrasser, après s'en être occupé. » Georg Simmel, *Les pauvres*, Paris, PUF, 2011, p. 62.

³⁸⁶ Michael Lipsky, *Street-level bureaucracy*, op. cit.

sont dédiés au sein du service, dont l'objectif principal semble être d'éviter la fidélisation de ce public inattendu et non désiré.

Les demandes d'hébergement temporaire adressées par les « familles roms » aux urgences de l'Hôpital public L révèlent un usage présenté comme « non prévu » et pourtant récurrent du service. Les enquêtés décrivent de quelles façons ces demandes découlent du manque structurel de places d'hébergement dans les structures dédiées à cet usage. Ils sont nombreux à déclarer que les services d'urgences ne devraient pas avoir à assumer cette mission d'hébergement : les conditions d'hébergement dans le service ne seraient pas acceptables et présenteraient des risques pour la santé et la sécurité des usagers, en particulier des enfants, reçus pour la nuit. Certains professionnels infirmiers répugnent même à considérer que l'accueil d'usagers ne présentant aucun problème de santé fasse partie des missions d'un service d'urgences. Pourtant, au dire des professionnels rencontrés, les demandes d'hébergement sont pour la plupart honorées par le service et des membres de « familles roms » sont fréquemment reçus, pour la nuit, dans les salles d'attente des urgences de l'Hôpital L. Or, en dépit de la récurrence de ces demandes, la crainte d'une pérennisation de ces pratiques et de la fidélisation de ce public non désiré empêche la résolution des questions institutionnelles qu'elles soulèvent. Les infirmiers d'accueil et d'orientation qui, par défaut, se retrouvent à devoir gérer ces situations d'hébergement ne disposent, par conséquent, que de règles officieuses et bricolées pour encadrer ces pratiques³⁸⁷. L'analyse de la gestion par les professionnels des urgences de l'Hôpital L des demandes d'hébergement qui leur sont adressées par des usagers présumés roms illustre le peu de visibilité dont bénéficient les questions sociales dans ce service d'urgences et la volonté institutionnelle de faire systématiquement primer le curatif sur l'hospitalité. Elle illustre surtout le rôle à la fois essentiel au

³⁸⁷ « En contournant plus ou moins les règles ou en jonglant avec les contraintes, les cadres se réapproprient en partie leur travail. Il leur appartient dans la mesure où il est le résultat direct de leur engagement. Ce sentiment est d'autant plus fort, qu'ils ne peuvent guère revendiquer ce qu'ils ont mis en place, puisqu'ils ont par ailleurs violé certaines règles. D'un autre côté, ce sentiment de liberté laisse un goût amer, parce qu'ils ne peuvent guère le faire valoir. Toutes les ruses, les manières de faire mobilisées, voire les tricheries, restent des actes clandestins et participent en cela à l'invisibilité du travail. » Olivier Cousin, « Entre contrainte et plaisir, le travail des cadres », *Sciences humaines*, 1 décembre 2009, vol. 210, n° 12, p. voir: <http://www.cairn.info/magazine-sciences-humaines-2009-2012-page-8.htm> (consulté le 07/03/2015).

fonctionnement du service et toujours défini par défaut des infirmiers sur qui repose systématiquement la résolution de ces situations « non prévues » car trop éloignées des objectifs institutionnels au regard des directions d'établissement.

L'étude des perceptions que les infirmiers des urgences ont à propos des patients qu'ils identifient comme roms met en lumière le rôle de pivot et de gestionnaire du service qu'endossent particulièrement les infirmiers d'accueil et d'orientation. En définissant avant tout les usagers présumés roms comme indisciplinés – du fait de leur comportement lors de leur prise en charge médicale et de leurs demandes d'hébergement dans le service –, les infirmiers interrogés dévoilent le rôle qu'ils jouent dans la gestion pratique et le maintien de l'ordre du service au quotidien. Cette mission de « police » n'est pas conçue comme constitutive de leur « rôle propre » par les infirmiers interrogés. Il s'agit, pour les enquêtés, de tâches qu'il est nécessaire de réaliser pour permettre au service de fonctionner correctement et qu'aucun autre professionnel n'assumera (faute d'intérêt de la part des médecins, faute d'autonomie et d'autorité de la part des autres paramédicaux). Mais il s'agit également d'un rôle souvent déprécié par les infirmiers car il les éloigne du soin, leur cœur de métier³⁸⁸. Comme dans la définition d'E. Hughes, le travail de l'infirmier semble alors – au moins partiellement – défini par défaut, en fonction des tâches assumées par les autres professionnels du service. Françoise Acker notait il y a dix ans qu'« *intermédiaire, en termes de position sociale, et intermédiaire entre le patient, le médecin, les professionnels de santé, les administrations et les collectivités locales, la profession infirmière est amenée à réinventer sa mission et son rôle.* »³⁸⁹ Mais elle constatait que les deux courants qui divisent le groupe professionnel infirmier depuis les années 1960 – le courant

³⁸⁸ « C'est chiant, après c'est à nous de faire la police (...), c'est pas drôle quoi. » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

« Moi, je ne suis pas flic, je suis juste infirmière. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« T'as envie de leur dire "on est pas de la police, on n'est pas là pour vous fliquer". » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

³⁸⁹ Jean de Kervasdoué, *La crise des professions de santé*, Paris, Ed. Dunod, 2003, p. 305.

« T'es toute seule quoi, et puis t'as les médecins à gérer, t'as les aides-soignants à gérer, t'as tout le monde, t'as les patients... On a vraiment un poste qui est super au milieu, et c'est pour ça que peut-être, des fois, c'est pas très agréable (...). » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« relationnel »³⁹⁰ héritier de « *la fonction sociale de l'infirmière du début du XXe siècle* »³⁹¹ et le courant « technicien »³⁹² fondé sur « *la qualification technique et la spécialisation* »³⁹³ – perduraient. Or, selon elle, cette division mettait à mal la cohésion du groupe infirmier et entravait le processus de professionnalisation qui lui permettrait de s'autonomiser des médecins et de se définir autrement que comme « auxiliaire » ou « paramédical ». Dix ans plus tard, les témoignages recueillis permettent d'émettre une nouvelle hypothèse quant à la stratégie de professionnalisation mise en œuvre par les infirmiers récemment diplômés.

Selon Eliot Freidson, « *[le personnel hospitalier] consacre une partie de son énergie à maîtriser les comportements [des patients] qui bouleversent la routine du service.* »³⁹⁴ Selon les professionnels interrogés, cette mission d'encadrement, de gestion voire de maîtrise des « patients difficiles » – tels que sont décrits les patients présumés roms – requiert principalement des compétences relationnelles. Or, le « relationnel » a longtemps constitué une spécificité du rôle des infirmiers³⁹⁵ dans la prise en charge des patients – spécificité longtemps pensée comme potentiellement le fondement de leur « rôle propre »³⁹⁶ par rapport aux médecins. Aujourd'hui encore, alors que la technique semble prendre de plus en plus de place dans la définition de leur rôle professionnel³⁹⁷, tous les infirmiers rencontrés estiment que les compétences relationnelles sont essentielles et incontournables dans l'exercice de leur métier³⁹⁸.

³⁹⁰ Pour Anne Véga, les infirmières relationnelles sont des « *représentations plus anciennes des femmes soignantes* » qui privilégient « *l'aspect relationnel des soins et représentent la dimension humaine à l'hôpital* ». Anne Véga, « Les infirmières hospitalières françaises », *op. cit.*, p. 109.

³⁹¹ Jean de Kervasdoué, *La crise des professions de santé*, *op. cit.*, p. 301.

³⁹² Selon Anne Véga, les infirmières techniciennes valorisent les « *savoirs techniques (...) et [la] pratique de soins efficaces et visibles* ». Anne Véga, « Les infirmières hospitalières françaises », *op. cit.*, p. 109.

³⁹³ Jean de Kervasdoué, *La crise des professions de santé*, *op. cit.*, p. 301.

³⁹⁴ Eliot Freidson, *La Profession médicale*, *op. cit.*, p. 131.

³⁹⁵ Pour Léonie Chaptal, « *l'infirmière doit tout savoir du malade, non pas tout de la maladie : la maladie c'est la science du médecin, le malade, c'est l'art de l'infirmière* ». Brigitte Bon-Saliba, Brigitte Ouvry-Vial, et Jacques Saliba, *Les infirmières*, *op. cit.*

« Le patient n'est pas qu'une pathologie pour nous, enfin les paramédicaux, aides-soignants, infirmiers. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

« L'être humain, j'ai appris que c'était un être bio, psycho, social et que les trois sont, ne peuvent pas être séparés. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

³⁹⁶ France Lert, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? », *op. cit.*

³⁹⁷ Anne Véga, *Une ethnologie à l'hôpital*, *op. cit.*

³⁹⁸ Anne Paillet note, à propos d'infirmières travaillant dans des services de réanimation néonatale - services considérés comme très « techniques » par les soignants –, que « *l'affirmation du pôle technique de la fonction est inséparable de l'interdiction d'exercer le métier uniquement dans cette dimension technique.* » Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, *op. cit.*, p. 193.

« Je pense que quelqu'un qui n'a aucune empathie, ça me paraît difficile de faire ce travail. Après, ça dépend, on dit qu'il y a des "infirmières techniciennes" et des "infirmières relationnelles" entre guillemets, moi je pense que c'est difficile de... (...) Alors, moi, je suis plus technicienne parce que j'adore la technique du métier mais je trouve que c'est quand même difficile de dissocier les deux. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« On ne peut pas faire de soin si y'a pas de relationnel, c'est in-dis-pen-sable ! C'est indispensable ! On fait quand même beaucoup de soins invasifs, on fait des gaz en artériel, on pose des sondes naso-gastriques, des sondes urinaires – même pour les hommes – donc c'est pas évident quoi, donc si on arrive pas à communiquer avec le patient, si on l'informe pas de ce qu'on va lui faire, de ce qui va se passer, des surveillances qu'il va avoir, qu'on ne le met pas en confiance, qu'on ne le rassure pas, qu'on ne lui explique pas ce qui se passe, parce que quand même il s'agit de son corps, de lui, donc ce n'est pas un objet donc il faut quand même que ça puisse passer quand même entre soignants et soignés, sinon c'est pas possible » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« La part de relationnel dans le soin ? Oh... on va dire 75 %, 75 % c'est du relationnel (...). Si vous avez quelqu'un qui, qui souffre le martyr le fait que vous lui parliez, que vous expliquiez ce qu'on va lui faire etc., la douleur elle est ressentie complètement différemment. Donc tout, le relationnel a un impact sur tout. » Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Comme le relève Françoise Acker, pour les infirmières, *« l'écoute et l'accompagnement des patients qui a pour objet de les aider dans l'expérience qu'ils font des différentes dimensions de la maladie : acceptation du diagnostic, du traitement, perturbations de leur vie personnelle et sociale en raison des conséquences de la maladie et des traitements... constituent une norme professionnelle centrale. »*³⁹⁹ Pourtant, cette norme, tout en demeurant centrale, prend un sens différent selon les professionnels qui la mettent en œuvre, en particulier en fonction de leur âge, de leur expérience professionnelle, de la génération à laquelle ils appartiennent. Il est notamment remarquable que, contrairement aux infirmiers plus âgés qui conçoivent le relationnel comme le résultat d'expériences et de dispositions personnelles⁴⁰⁰, les infirmiers de moins de trente-cinq ans que nous avons interrogés présentent le relationnel sous la forme de « techniques de communication » inculquées lors de la formation théorique : « écoute active, reformulation, communication fonctionnelle ». Pour ces professionnels, le « relationnel » est davantage un outil qu'une compétence personnelle.

³⁹⁹ Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *op. cit.*, p. 170. Voir également à ce sujet : *Guide du service de soins infirmiers 2eme édition (septembre 2001)*, <http://www.sante.gouv.fr/soins-infirmiers-normes-de-qualite.html>, consulté le 5 août 2014.

⁴⁰⁰ Voir chapitre 4, pp.277-284.

« On nous apprend des techniques relationnelles à l'IFSI (...). [On apprend] l'écoute active, reformulation, la communication fonctionnelle quoi... reformulation, euh... (...) Je reformule au patient la question avec des termes adaptés à son niveau de vocabulaire et de compréhension ou alors, euh, le patient dit une chose et on lui répète, enfin on... on retranscrit en disant j'ai bien compris, c'est des choses comme ça. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

« [Le relationnel,] on nous en parle à l'école (...). Tu parles avec la personne, tu l'écoutes, tu mobilises ce qu'elle te dit, tu le reformules pour pouvoir permettre à la personne de l'intégrer et d'analyser, après on fait de la psycho et tout pour comprendre comment analyser et tout. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

« En cours, on a des définitions de l'empathie et après c'est beaucoup par des exercices de communication, c'est comment avoir une attitude empathique par l'écoute, par reprendre les mots des personnes... Des fois, c'est complètement, c'est un jeu qu'on joue des fois, quand vraiment on n'arrive pas à la ressentir, notre travail c'est quand même de faire semblant de l'être pour la personne, donc quand c'est vraiment difficile, on a des techniques pour donner l'impression d'être empathique. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Le contraste est saisissant entre le témoignage de cette infirmière qui cherche « à donner l'impression d'être empathique » et celui d'infirmières de la génération précédente, comme par exemple Clarisse qui travaille aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L et qui décrit le « relationnel » comme « une part d'amour »⁴⁰¹ dans l'interaction avec le patient. Il y a là une forme de « technicisation » du relationnel chez les jeunes diplômés qui les éloigne de l'image traditionnelle de l'infirmière vocationnelle personnellement investie dans la prise en charge de ses patients⁴⁰².

De plus, s'ajoute à cette technicisation du relationnel, une réflexion autour de la question de la « bonne distance » vis-à-vis du patient très présente chez les plus jeunes diplômés. Anne Paillet parle d'« attachement rétractable » pour décrire la capacité, pour une infirmière, « *de "s'investir" suffisamment (y compris en "s'attachant" éventuellement au patient) mais à condition de savoir "se détacher" à tout moment, en particulier lorsqu'une issue malheureuse s'annonce, de manière à ne pas trop y laisser à chaque fois de son énergie affective et à pouvoir* »

⁴⁰¹ Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁴⁰² Ce qui confirme l'hypothèse formulée il y a dix ans par Françoise Acker qui se demandait si la reconfiguration du travail infirmier supposait « *une redistribution des tâches liées à la gestion des émotions et à une atténuation d'une norme professionnelle forte* ». Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *op. cit.*, p. 175. Hypothèse reprise par Anne-Marie Arborio en 2010 : « *la délégation de ses tâches conduit l'infirmière à perdre un peu de son rôle valorisé tenant à la relation au malade, et l'approfondissement de la division du travail sous l'effet de la rationalisation technique des soins accroît cet effet dans les années récentes.* » Anne-Marie Arborio, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », in *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte., 2010, p. 58.

reconduire son engagement auprès des patients suivants. »⁴⁰³ La « barrière soignant-soigné », les « limites » à poser et « savoir dire non » sont des préoccupations très répandues parmi les infirmiers de moins de trente-cinq ans que nous avons rencontrés.

« Faut garder la bonne distance, faut pas, faut être dans l'empathie, essayer de le comprendre mais je ne suis pas lui, je peux, je lui dis bien "voilà, j'ai une blouse, ok, je reste avec vous, je vous écoute mais...", enfin quand il dépasse trop les bornes je lui dis, je dis "écoutez, Monsieur, moi y'a pas de souci, je vous écoute si y'a besoin, mais je reste membre du personnel soignant, on est pas potes, on fait pas partie de la même famille, donc je suis là pour vous mais y'a une distance quand même", enfin, et pour moi et pour lui, faut quand même que, parce que sinon, si on respecte pas le cadre thérapeutique, moi j'aurais plus aucun impact, j'aurais plus aucune crédibilité. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

« J'ai compris très vite qu'il fallait un peu des limites, beaucoup de limites et en fait, [les patients] ils ont besoin de quelqu'un qui dit "non" quoi. Bon, aux urgences, je l'ai encore plus senti mais même dans ma clinique où tu dis "ça suffit !" ou tu dis "non, non, ça ira !", où moi je sais et pas lui quoi, parce que le savoir c'est toi qui l'as et en fait t'as besoin de ça quand t'es hospitalisé. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« Ça, c'est quelque chose qui est difficile au début des études, on a tendance à être auprès de certaines personnes, alors, on sait pas toujours pourquoi, mais elles vont nous toucher plus que d'autres, et il faut essayer d'apprendre à garder cette barrière entre l'empathie et puis l'identification pour se protéger parce que sinon on est embarqué dans la situation de la personne et on la vit avec elle, et là, à partir du moment où on est là-dedans on peut plus être soignant parce qu'on a plus la distance nécessaire. Et à l'inverse y'a des fois, des gens qui nous sont complètement antipathiques et c'est très, très, difficile d'être empathique avec ces personnes-là. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

En 1997, Anne Véga écrit qu'il est nécessaire pour exercer la profession infirmière *« de préserver son identité professionnelle en se différenciant sans cesse du malade (alors qu'on se prétend proche de lui), au moyen d'un travail de mise à distance inconscient. (...) Les attitudes des professionnelles hospitalières pourraient être alors rapportées à un douloureux apprentissage de la bonne distance à maintenir à la fois par rapport aux autres soignants et vis-à-vis des soignés qu'elles côtoient quotidiennement à l'hôpital. »*⁴⁰⁴ Dans le cas des jeunes infirmiers interrogés, le travail de mise à distance est tout à fait conscient. En justifiant l'instauration de cette barrière soignant-soigné par les besoins du patient qu'ils ont en charge, ces soignants utilisent des arguments similaires à ceux

⁴⁰³ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 216.

⁴⁰⁴ Anne Véga, « Les infirmières hospitalières françaises », op. cit., p. 121.

développés par les médecins pour justifier leur propre « détachement » vis-à-vis des patients⁴⁰⁵.

Enfin, les jeunes infirmiers expliquent ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à l'aspect « relationnel » de la prise en charge. Françoise Acker notait déjà que « *les tâches liées à la distribution des médicaments, à la surveillance des constantes, aux soins pré-opératoires, à la surveillance des effets secondaires des traitements, à la réfection des pansements, à la surveillance des plaies... représentent les tâches centrales de l'activité des infirmières* »⁴⁰⁶. Ces tâches sont toujours considérées comme prioritaires par les infirmiers interrogés.

« L'aspect technique [du métier] t'en as toujours, toujours plus. [Quand tu travailles] de jour, t'as toujours quelque chose qui se rajoute, toujours quelque chose en plus et tu cours partout. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

L'auteure remarque qu'à contrario, « *les tâches d'écoute et d'accompagnement, définies au cas par cas par le souci des besoins de la personne (le « care »), s'inscrivent surtout dans une durée propre à la personne et coïncident plus difficilement avec les temps des soins techniques, les temps des "tours" des patients, les temps des routines organisationnelles et du planning (...).* »⁴⁰⁷ Dans leurs propos, les jeunes enquêtés donnent systématiquement la priorité à la réalisation de soins techniques quitte à délaisser le « relationnel » avec les patients.

« J'ai été beaucoup frustrée dans les premiers temps, moins maintenant, mais dans les premiers temps par le manque de temps que je pouvais accorder parfois aux patients d'un point de vue relationnel. (...) Plus t'avances dans le cursus et moins t'as de temps, parce que plus t'as de soins, plus l'équipe t'en demande et tu es tellement obnubilée par bien faire, par pas faire de faute etc., que ben tu négliges un peu inconsciemment un peu le relationnel. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

« J'aime bien le relationnel, j'aime bien, discuter, prendre le temps. Bon, aux urgences, tout faux ! Mais... c'est un autre relationnel je pense. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

Les jeunes infirmiers justifient leur choix de délaisser l'aspect relationnel de la prise en charge par les exigences fonctionnelles du service. Pourtant, il s'avère que lorsqu'ils décrivent les situations dans lesquelles « ils n'ont pas le temps d'expliquer », les patients concernés sont, comme les descriptions qu'ils donnent

⁴⁰⁵ Voir chapitre 3, p.224-242.

⁴⁰⁶ Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *op. cit.*, p. 164.

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 171.

des patients présumés roms, des patients qui refusent les soins ou qui viennent avec des demandes sociales.

« S'il pose des questions, ça, ça me dérange absolument pas, mais qu'il y ait pas une bataille, entre guillemets, entre chaque soin où il faut tout réexpliquer et... Parce que nous on a une notion de temps derrière aux urgences, il faut qu'on aille vite et des fois, malheureusement, on n'a pas le temps, on prend pas le temps de bien expliquer, du coup la personne refuse le soin parce qu'elle a peur, souvent c'est ça, et euh... Et du coup, on laisse un peu tomber, on laisse un peu tomber » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« Y'a pas que le soin physique, par exemple y'a aussi les soins psychologiques. C'est vrai qu'aux urgences, on n'a pas forcément le temps. C'est vrai que, des fois, j'aimerais prendre le temps de pouvoir expliquer les choses, rassurer les gens. Des fois, tu expliques comme tu peux mais t'as pas forcément le temps de passer trois heures avec eux. Malheureusement, parce que c'est ça en fait, le soin, c'est social, les gens qui arrivent sans papiers, sans rien, t'as tout ce qui est social. Des fois, on fait appel à des assistantes sociales qui viennent... Déjà pour régler ce problème-là. » Nolwen, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Clinique privée E.

Valorisation du travail technique, mise à distance objectivante du patient et manque de temps, les jeunes infirmiers cherchent à abandonner la prise en charge « relationnelle » des patients « difficiles » au profit des aspects techniques du métier. La focalisation sur les aspects techniques du métier constitue en effet le seul moyen de progression professionnelle qui permette aux infirmiers de cesser d'être des « intermédiaires »⁴⁰⁸. Or, la gestion des comportements des « Roms » aux urgences (« consultations consultatives », demandes d'hébergement, refus du rythme hospitalier, etc.) qui leur revient par défaut, les maintient, à leur corps défendant, dans un rôle subalterne auquel ils cherchent à échapper. Les discours racialisants à l'encontre des patients qu'ils identifient comme roms révèlent ainsi le refus des infirmiers d'assumer des tâches de « police » trop éloignées, selon eux, de leur « rôle propre » et entravant leur autonomisation vis-à-vis des médecins. Comme le souligne N. Belorgey, « *ce qui distingue les agents selon leur statut, ce n'est pas leur sensibilité, mais leur capacité à se protéger contre elle* »⁴⁰⁹.

⁴⁰⁸ Jean de Kervasdoué, *La crise des professions de santé*, op. cit., p. 305.

⁴⁰⁹ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 229.

Chapitre 3. La racialisation comme substitut à la domination de classe

Après avoir décliné les informations nécessaires à l'établissement de son dossier administratif auprès de l'agent d'accueil, puis s'être soumis à l'évaluation de son état de santé par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), l'utilisateur accède à la consultation médicale. Cette troisième étape de sa prise en charge dans un service d'urgences constitue certainement le moment le plus important aux yeux du patient. Depuis son entrée dans l'établissement, l'utilisateur est entièrement tendu vers cet objectif : « voir le médecin ». En effet, ce professionnel hospitalier est le seul habilité à diagnostiquer le mal dont le patient souffre puis à proposer un traitement pour y remédier. En ce sens, la consultation médicale constitue le point d'orgue du séjour du patient aux urgences.

Le médecin respecte l'ordre dans lequel les dossiers médicaux ont été classés par les infirmiers d'accueil et d'orientation pour accueillir les patients dans le secteur de médecine ou de chirurgie⁴¹⁰. D'après ce que nous avons observé dans les services d'urgences enquêtés, ce sont les infirmiers du secteur qui s'occupent d'aller chercher le patient dans la salle d'attente. Ce sont également ces infirmiers qui « installent » le patient, c'est-à-dire qui l'emmènent dans le box de consultation et lui indiquent comment se présenter au médecin (quels vêtements enlever, quelle position adopter, etc.). Notons que les infirmiers « installent » les patients, non à la demande des médecins, mais dès qu'un box se libère, ce qui explique que les patients doivent parfois faire face à une nouvelle phase d'attente une fois dans le box⁴¹¹. Après avoir pris le temps de consulter le dossier contenant les informations réunies par les agents d'accueils et les IAO au sujet du patient, le médecin entre dans le box de consultation où se trouve ce dernier. La consultation

⁴¹⁰ Parce qu'il ne s'agit pas de « consultations médicales » au sens classique du terme, nous laisserons de côté le secteur des soins intensifs. Dans tous les services d'urgences générales des établissements publics enquêtés, chaque jour, des médecins sont affectés au « sas » (secteur de soins intensifs). Les patients installés dans le secteur de soins intensifs sont majoritairement amenés aux urgences par les pompiers, des ambulances ou le SAMU. Contrairement aux patients traités dans les secteurs de médecine ou de chirurgie des urgences, ces patients dont l'état de santé est plus grave, ne sont pas traités les uns après les autres selon leur pathologie et leur ordre d'arrivée, mais tous en même temps par l'équipe médicale et paramédicale du jour.

⁴¹¹ Cette organisation provoque de nombreuses frictions entre les médecins et les infirmiers : les premiers accusent les seconds de vouloir trop accélérer le rythme des consultations en « installant » trop vite les patients et en remplissant systématiquement les box du secteur, tandis que les seconds accusent les médecins de ne pas travailler assez rapidement, provoquant anxiété et agressivité chez les patients qui se retournent vers les seuls professionnels qu'ils croisent en salle d'attente : les infirmiers. « *Combien de fois tu vas chercher les gens en salle d'attente et ils te balancent dans la figure "ah ! C'est pas trop tôt !"* ». Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

médicale se déroule en deux temps : tout d'abord un interrogatoire relatif aux symptômes et aux circonstances de leur apparition, au niveau de douleur ressenti, aux antécédents médicaux et aux allergies connues du patient, puis vient l'auscultation physique. Nous avons constaté, dans les services enquêtés, que la consultation médicale dure généralement moins d'une dizaine de minutes. Le médecin quitte alors le box pour rejoindre le poste de travail du secteur de soin auquel il est affecté. Il demande éventuellement aux infirmiers à ce que des examens complémentaires soient réalisés (prise de sang, radiographie, IRM, etc.), consulte parfois un collègue puis, une fois toutes les informations nécessaires réunies, il arrête son diagnostic et prescrit un traitement. Toutes ces informations sont inscrites par ses soins dans le dossier médical du patient. Enfin, il indique aux personnels paramédicaux de son secteur la suite à donner à la prise en charge du patient : s'il peut rentrer chez lui avec une ordonnance ou s'il doit être hospitalisé, pris en charge par un spécialiste, etc. Les infirmiers, aides-soignants, brancardiers prennent alors le relai pour mettre en œuvre les décisions du médecin⁴¹². Lorsque le patient est amené à rester en observation dans le service⁴¹³ (en attendant qu'une prescription médicamenteuse fasse effet par exemple), le médecin vient s'assurer de son état avant de donner une suite à sa prise en charge. Mais, en règle générale – et à moins de l'apparition d'un nouveau symptôme ou de l'aggravation de son état de santé –, le patient ne sera en interaction directe avec le médecin des urgences que pendant la petite dizaine de minutes que dure la consultation.

Dans ce chapitre, nous nous intéressons à la façon dont les médecins et les internes de médecine perçoivent les patients qu'ils identifient comme roms au cours de cette courte phase de consultation médicale. Tout d'abord, nous constaterons que ces professionnels ont globalement une conception très parsonienne du rôle du malade (*sick role*⁴¹⁴) dans la relation de soin : ils valorisent les patients soumis et désignent les patients « actifs » comme des patients plus difficiles à prendre en charge. Or, la description que les enquêtés proposent du comportement des patients qu'ils identifient comme roms au cours de la consultation médicale s'apparente à celui de patients « actifs » : ils formulent des demandes, font des choix concernant

⁴¹² A l'exception des cas de petites chirurgies qui sont le plus souvent réalisées par le médecin lui-même.

⁴¹³ Encore une fois, cette description ne concerne pas le secteur des soins intensifs.

⁴¹⁴ Talcott Parsons, *The social system*, London, Free Press of Glencoe, 1951, 596 p.

leur prise en charge, etc. Les patients présumés roms sont donc, sans surprise, qualifiés par les médecins interrogés de patients « difficiles ». Toutefois, les médecins que nous avons rencontrés dénie*nt a priori* toute légitimité aux demandes ou aux choix formulés par les patients présumés roms au cours de la consultation médicale et interprètent leur comportement « actif » comme une tentative de profiter des ressources médicales du service. Rejoignant un argument présenté par Claudine Herzlich et Janine Pierret dans leur ouvrage *Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui*⁴¹⁵, nous proposons d'expliquer cette disqualification du comportement « actif » des patients présumés roms de la part des praticiens hospitaliers par le fait que ces patients ne correspondent pas au profil social du patient « actif » type : ils n'appartiennent pas aux classes moyennes et supérieures. Cette interprétation est renforcée par la caractérisation, par les médecins, du comportement des patients présumés roms comme particulièrement agressif à leur égard. Les professionnels interrogés expliquent ce recours à la violence par le défaut de capital culturel des patients présumés roms : l'agressivité serait l'unique ressource dont ils disposeraient pour s'imposer dans la relation de soin (1).

Dans un deuxième temps, nous verrons qu'afin de « sauver la face »⁴¹⁶, les médecins réagissent par l'infantilisation et la racialisation du comportement des patients présumés roms à leur égard. L'investissement de ces patients dans leur prise en charge médicale est ainsi disqualifié, rendu illégitime par le tracé de frontières de classe, morales et raciales superposées autour du groupe « rom ». Cette perception des patients identifiés comme roms influence subtilement la pratique des médecins et des internes que nous avons rencontrés : alors que ces professionnels présentent le « relationnel médical » comme essentiel, et tout particulièrement lors de la prise en charge de patients présumés roms, ils déclarent être contraints d'y renoncer du fait de leurs conditions de travail. Toutefois, ce renoncement n'est pas l'aveu d'une défaillance professionnelle de la part des médecins puisqu'ils justifient, par le principe d'égalité de traitement, la distance qu'il serait nécessaire d'instaurer entre médecin et patient pour assurer les meilleurs soins à ce dernier (2). Finalement, les professionnels interrogés se

⁴¹⁵ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984, 295 p.

⁴¹⁶ Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, op. cit.

réfugient derrière une conception parsonnienne des rôles respectifs du médecin et du malade dans la relation de soin pour déléguer aux professionnels paramédicaux le « sale boulot » (*dirty work*⁴¹⁷) que constitue à leurs yeux le relationnel avec les patients présumés roms.

3.1. Des patients « actifs » appartenant aux « classes dangereuses »⁴¹⁸

Les individus ne s'adressent pas volontairement aux *street-level bureaucrats*, mais parce que ces agents fournissent des services essentiels, difficiles à trouver ailleurs – comme par exemple des soins de santé⁴¹⁹ – en particulier pour les usagers les plus démunis. La pauvreté des usagers les contraint à se tourner vers les institutions publiques pour résoudre leurs problèmes. L'absence de recours alternatif réduit le (peu de) pouvoir dont l'usager dispose lors de cette interaction avec l'agent. De plus, les *street-level bureaucrats* contrôlent l'accès à l'objectif visé par l'usager, ce contrôle leur assurant une position dominante dans l'interaction. Ainsi, pour Michael Lipsky, l'asymétrie de la relation de guichet incite généralement les usagers, et tout particulièrement les usagers les plus modestes, à se conformer aux injonctions des agents institutionnels⁴²⁰. Cette asymétrie se retrouve dans l'interaction qui se noue entre médecins et patients⁴²¹ telle qu'elle est décrite par les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés. Dès 1984, C. Herzlich et J. Pierret remarquent que « *dans l'attitude des malades des classes populaires vis-à-vis du médecin, la relation de classe joue un rôle certain : ils perçoivent le médecin, membre des classes moyennes et supérieures, comme "au-dessus d'eux".* »⁴²² Trente ans plus tard, nous avançons que l'inverse est également vrai, c'est-à-dire que la relation de classe influence la

⁴¹⁷ Anselm L. Strauss, *Social organization of medical work*, New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1997.

⁴¹⁸ Stéphane Beaud et Michel Pialoux, *Violences urbaines, violence sociale: genèse des nouvelles classes dangereuses*, Paris, Pluriel, 2013.

⁴¹⁹ Michael Lipsky, *Street-level bureaucracy*, *op. cit.*, p. 54.

⁴²⁰ *Ibid.*, p. 57-59.

⁴²¹ M. Lipsky fait lui-même fréquemment référence aux soins de santé et aux relations entre soignants et soignés pour illustrer sa théorie. Voir en particulier : *Ibid.*, p. 54-71.

⁴²² Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, *op. cit.*, p. 242.

façon dont les médecins perçoivent leurs patients, ils considèrent généralement les membres des classes populaires⁴²³ comme « en-dessous d'eux »⁴²⁴.

Notre hypothèse est que, si les médecins tolèrent de voir leur autorité dans la relation de soin questionnée par des patients « actifs » et « informés » socialement proches d'eux, ils dénie aux patients issus des classes populaires la capacité de « participer » à la relation de soin, de décider « de manière libre et éclairée » des différents aspects de sa prise en charge médicale et hospitalière. Contrairement aux patients issus des classes moyennes et supérieures, les patients qui présentent des signes visibles de leur appartenance aux classes populaires ne pourraient pas légitimement se comporter comme des « patients difficiles » aux yeux des médecins. Le cas des patients présumés roms est, de ce point de vue, tout à fait éclairant. Comme nous allons le constater, leurs interventions au cours de la consultation, leurs demandes, leurs décisions sont systématiquement décrites, par les médecins que nous avons rencontrés, comme des « exigences », des « demandes insistantes ». Leur investissement dans la relation de soin n'est jamais considéré comme légitime par les médecins qui n'y voient que la manifestation de leur intention de profiter des institutions publiques françaises. De plus, les praticiens hospitaliers décrivent les « tentatives d'intimidation », le chantage ou les menaces dont ils estiment être victimes lors de la prise en charge de patients identifiés comme roms comme un risque spécifique de leur prise en charge. L'agressivité serait, au dire de ces médecins, la seule ressource dont disposeraient ces usagers pour compenser l'asymétrie de la relation de soin. En substituant la violence au capital culturel comme outil de négociation disponible dans l'interaction, les médecins interrogés placent les usagers qu'ils identifient comme roms parmi les classes sociales les plus modestes, ressuscitant l'idée d'une

⁴²³ Olivier Schwartz, « Peut-on parler des classes populaires? », *La Vie des idées*, septembre 2011, <http://www.laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes.html>.

⁴²⁴ Le témoignage du docteur Wartner illustre la supériorité de classe des médecins sur les patients : elle-même fille d'un chef de service réputé, elle est employée comme agent du service hospitalier (ASH) durant ses études de médecine dans le service d'un « grand professeur » et s'étonne de la considération de ce dernier pour une patiente issue d'un milieu modeste. « Y'avait ce grand professeur (...) qui connaissait bien mon père, qui faisait genre qui me connaissait pas alors qu'il me connaît très bien, et on faisait la visite et moi, j'étais là, je lavais par terre, et il avait une manière de dire "bonjour madame, merci madame" à la patiente qui devait être moins bien payée que sa propre femme de ménage à lui ! Il avait un truc que je trouvais épatant ! » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

« violence des pauvres »⁴²⁵. Les patients identifiés comme roms ne seraient donc pas des patients légitimement « actifs » à leurs yeux, mais des patients précaires disqualifiés par leur agressivité. Sans se focaliser sur la conscience de classe des médecins ou la reproduction sociale de leur position dominante⁴²⁶, la description des parcours personnels et professionnels des enquêtés⁴²⁷ permettra d'éclairer de quelle façon une relation de classe se superpose alors à la relation de soin déjà asymétrique lors de la prise en charge, par ces médecins, de patients qu'ils identifient comme roms.

3.1.1. Une conception parsonienne du rôle du patient

Dans son ouvrage *The Social System*⁴²⁸, publié en 1951, Talcott Parsons analyse la relation de soin qui s'établit entre le médecin et le patient sous l'angle de sa théorie générale de l'action, instaurant de ce fait la sociologie médicale comme terrain privilégié des discussions entre le courant fonctionnaliste auquel il appartient et le courant interactionniste. T. Parsons y énumère deux conditions principales à l'exercice de la médecine : « *la détention par les médecins d'un savoir scientifique applicable aux problèmes de santé* »⁴²⁹ et l'endossement par le médecin et le patient de « *rôles sociaux qui favorisent [leur] coopération* »⁴³⁰ lors de la relation thérapeutique. Selon lui, le respect de ces rôles sociaux « *pèse autant que le savoir sur l'efficacité du travail médical* »⁴³¹. Ce modèle d'analyse fonctionnaliste appliqué à la médecine a fait l'objet de nombreuses critiques. La

⁴²⁵ Cécile Carra et Daniel Faggianelli, « Des causes de la violence », in *Les violences à l'école*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p. 70.

⁴²⁶ Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) datant de 2006 relève qu'en moyenne, sur la période 1990-2002, « *les médecins, pharmaciens et dentistes se recrutent largement (à 40 % ou plus) dans les familles de cadres et professions intellectuelles supérieures. C'est en particulier le cas des médecins, dont 45 % proviennent de telles familles. (...) La forte proportion de médecins (ou de pharmaciens ou dentistes) issus de familles de cadres et professions intellectuelles supérieures est sans doute due en partie à la forte propension des enfants de médecins à embrasser eux-mêmes ces professions.* » Pascale Breuil-Genier et Daniel Sicart, *L'origine sociale des professionnels de santé*, Paris, DREES, 2006.

⁴²⁷ Notons qu'en dépit de parcours hétérogènes et de rapports objectifs et subjectifs au métier assez divers (goût pour l'« humanitaire », volonté de « réussir » financièrement, recherche de prestige professionnel), les médecins que nous avons rencontrés présentent un discours très homogène lorsqu'il s'agit de parler des patients qu'ils identifient comme roms.

⁴²⁸ Talcott Parsons, *The social system*, op. cit. Voir tout particulièrement le chapitre X intitulé « Social Structure and Dynamic Process: the Case of Modern Medical Practice » (pp. 428-480).

⁴²⁹ Florent Champy, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 43.

⁴³⁰ Ibid.

⁴³¹ Ibid.

première d'entre elles tient à « *un point vérifié par n'importe quelle immersion sur le terrain du travail médical, à savoir l'absence d'uniformité de comportement social* »⁴³² des protagonistes de la relation thérapeutique. La conception univoque du rôle du malade proposée par T. Parsons ne rend pas compte de la réalité observable au quotidien dans les établissements de santé. Pourtant, les médecins que nous avons rencontrés proposent des définitions, de leur propre rôle et du rôle des patients qu'ils reçoivent en consultation, très proches de cette conception parsonienne. Ils désignent ainsi les patients dociles, soumis à leur autorité professionnelle comme de « bons patients », et les patients plus actifs, questionnant leur position dominante dans la relation thérapeutique, comme des patients difficiles à prendre en charge.

D'après les médecins, pour que la consultation médicale se passe de façon optimale, le patient doit avant tout « être docile »⁴³³, se soumettre au pouvoir du professionnel hospitalier et respecter ses compétences. Cette définition extrêmement succincte du comportement attendu du patient est largement répandue parmi les enquêtés.

« [Son rôle] c'est juste respecter aussi la compétence devant lui. (...) Je pense qu'on est des professionnels de santé, on a notre regard, et puis qu'il [nous] fasse confiance. » Dr. Nawel Zaidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

La confiance et le respect du patient envers le médecin qui le prend en charge sont des notions récurrentes dans les définitions que les praticiens proposent du rôle du patient dans la relation de soin.

« Son rôle c'est – enfin ça va, ça va être peut-être choquant ce que je dis – faut qu'il soit correct vis-à-vis de nous, de l'équipe. (...) Voilà, respectueux et puis qu'après, il faut qu'il soit en confiance et que voilà quoi, oui, c'est ça » Dr. Halima Younes, 40 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour certains médecins interrogés, le rôle du patient est tellement passif qu'il ne peut même pas être qualifié de « participation » à l'interaction.

« [Le rôle du patient] ben c'est de nous laisser le prendre en charge ou nous donner la chance de le prendre en charge, donc pas de participer parce qu'il a pas vraiment à participer, mais au moins nous laisser faire notre travail. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁴³² Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 49.

⁴³³ Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Ces définitions du rôle attendu de la part du patient dans la relation de soin font écho à la conception parsonnienne de la relation médecin-malade selon laquelle ce dernier devrait principalement se soumettre à l'autorité du médecin. Dans ce que Claudine Herzlich qualifie de « modèle a-conflictuel parsonien »⁴³⁴, le patient doit avant tout vouloir guérir et s'en remettre au médecin pour le guider vers cet objectif : « *reconnaissant son ignorance et son impuissance, le malade se soumet avec confiance à un savoir dont il ne met en doute ni le contenu, ni la légitimité et qui, pense-t-il, s'exerce sans ambiguïté pour son bien.* »⁴³⁵ On retrouve ici les notions de confiance et de respect de la compétence scientifique soulignées par les enquêtés comme constitutives du rôle du patient. Pour Talcott Parsons, « *une fois qu'il a fait appel au médecin, l'attitude [du patient] est clairement prescrite, il doit assumer son obligation de coopérer avec ce médecin dans ce qui est regardé comme une tâche commune [: guérir]. La contrepartie de l'obligation pour le médecin d'être guidé par le bien-être de son patient est l'obligation pour ce dernier de "faire sa part" du mieux qu'il peut.* »⁴³⁶ La principale responsabilité du patient selon cet auteur revient ainsi à « faire appel au médecin ». Ce patient conscient de la nécessité de faire appel au médecin pour résoudre son problème de santé et déterminé à guérir de ses mains, se retrouve dans les descriptions que les médecins que nous avons rencontrés font du « patient facile ».

« [Le patient facile,] il sait pourquoi il est là, il sait, il sait pourquoi il est là, il sait laquelle, dans quel cadre il se situe, enfin humainement parlant, il sait quels sont les objectifs poursuivis, ça, c'est le patient parce que, voilà, les deux discours sont ajustés sur les termes du contrat, entre guillemets, et le but poursuivi, ça, c'est le patient facile. Quand le patient ne sait pas, c'est difficile. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Les médecins interrogés sont parfaitement conscients de l'asymétrie de la relation de soin et ils décrivent volontiers la position de soumission dans laquelle se

⁴³⁴ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 243.

⁴³⁵ *Ibid.*

⁴³⁶ Talcott Parsons, *The social system*, op. cit., p. 438. (Notre traduction). « Talcott Parsons a parfaitement formulé, avec sa notion de « rôle du malade », cette conception tout entière centrée sur la positivité de la médecine et du recours au médecin. Dans la société moderne, dit-il, l'individu a le droit d'être malade ; il est alors exempté de ses responsabilités, en particulier de celles de la production. La théorie de Parsons rend compte ici de l'inscription de la maladie dans l'espace social du travail. Il a aussi droit à l'aide. Mais celle-ci, de même que la légitimité de la maladie, est conditionnelle : le malade doit « désirer guérir » ; ce désir constitue le plus efficace rempart contre la tentation de déviance que représente la maladie et les bénéfices secondaires qui lui sont attachés. Il doit aussi rechercher l'action compétente du médecin et s'y soumettre. » Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 241.

retrouve le patient pris en charge à l'hôpital, « à la merci » des professionnels de santé.

« [En tant que patient,] t'es quand même à la merci de quelqu'un, t'es entre les mains d'un médecin, d'une sage-femme, d'une infirmière, t'es pas en position de force, t'es pas en position d'égalité. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« [Le patient], il me connaît pas, il ne m'a pas choisi, il, il se trouve en état de dépendance peu ou prou, d'accord ? Il est allongé, déshabillé, sur un brancard, dont il a pas la maîtrise, il n'a pas la maîtrise de ce qui lui arrive, il n'a, en général, aucune idée des modalités de fonctionnement du service dans lequel il est. C'est quelque chose de, il est aux aguets en permanence et il n'a, il se trouve dépossédé, voilà, c'est plutôt ça l'expression, il se trouve dépossédé. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L

Ces enquêtés assument ouvertement la position dominante qui leur revient dans la relation qui s'établit avec un patient « dépossédé », voire en « état de dépendance ». Comme dans la théorie de T. Parsons, cette asymétrie dans la relation est justifiée, à leurs yeux, par le savoir scientifique et les compétences professionnelles qu'ils détiennent et utilisent pour remplir leur mission d'aide auprès des patients.

« La médecine, c'est une consultation donc c'est un peu de temps, c'est une discussion, c'est un certain nombre d'années d'études, mais encore une fois comme d'autres métiers, c'est pas pour dire qu'on est meilleurs que les autres, mais c'est juste que, c'est juste un métier, on s'excuse, c'est pas un truc qu'on apprend comme ça. » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Même si on lutte contre ça [l'asymétrie de la relation de soin], les gens, ils sont pas forcément au même pied d'égalité que euh [nous]... Ils viennent, ils savent pas ce qu'ils ont et toi, t'es là pour leur apporter la solution donc ou pour au moins tenter de les aider à trouver ce qui se passe donc euh y'a forcément un rapport qu'est pas égalitaire quoi. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

On retrouve ici deux des cinq « variables de configuration » (*pattern variables*) définies par T. Parsons pour décrire le rôle du médecin : l'orientation vers la collectivité (« tenter de les aider à trouver ce qui se passe ») et la mise en œuvre de critères universels d'action (« un certain nombre d'années d'études »)⁴³⁷. Pour T. Parsons, comme pour les médecins interrogés, « le médecin "sait", lui seul peut émettre un avis qui a valeur de vérité sur l'état du malade. Celui-ci [le malade] se sent séparé de la connaissance de son propre corps, mais il la pense présente chez un autre, autorisé par cela même à parler et à prescrire. Le malade se reconnaît

⁴³⁷ Florent Champy, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 43-45.

comme un individu aux mains des autres, objet de leur savoir et de leur action. »⁴³⁸

Les médecins que nous avons rencontrés ont donc une conception très parsonnienne de la relation médecin-patient et, par conséquent, des rôles sociaux que chaque protagoniste doit endosser pour que cette « collaboration » permette l'accomplissement de la mission thérapeutique. Toutefois, à l'évidence, tous les usagers ne répondent pas à cette représentation du patient idéal, soumis et confiant. Janine Barbot et Nicolas Dodier remarque qu'il existerait en réalité deux types de patients : d'une part, des « *patients "actifs" vis-à-vis de leur médecin et bien informés par des tiers (associations, médias, entourage) et, d'autre part, [des] patients "passifs" et qui s'en remettent aux médecins.* »⁴³⁹ Très logiquement, les enquêtés désignent les patients « actifs » –qui sont allés chercher des informations concernant leurs symptômes, qui se sont renseignés au sujet de leur pathologie présumée avant de venir solliciter leurs conseils professionnels à l'hôpital – comme les patients les plus « difficiles » à prendre en charge.

« Les patients difficiles euh... c'est les patients, ça dépend, beaucoup de patients, des patients surinformés ou soi-disant surinformés, surmédicalisés, soi-disant surmédicalisés. Aujourd'hui, la disponibilité des informations médicales, elle est immense, sauf que y'a pas, y'a pas plus de médecins, donc y'a des gens qui savent tout mieux que toi, des gens qui ne te font pas confiance. » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

Ces patients « soi-disant surinformés » compliqueraient le travail des praticiens hospitaliers de trois façons. Tout d'abord, les médecins estiment qu'ils ne leur « font pas confiance » – c'est-à-dire qu'ils ne leur font pas confiance *a priori*, ils ne s'adressent pas aux médecins en tant que malades « incapables de s'aider eux-mêmes »⁴⁴⁰. Ils se présentent devant le professionnel avec des hypothèses sur leur pathologie et des demandes en matière de traitement. Or, d'après T. Parsons, « *[le malade] n'est généralement pas seulement incapable de faire ce qui doit être fait [pour améliorer son état de santé], mais également ignorant de ce qui doit être fait ou de la façon dont cela doit être fait.* »⁴⁴¹ Il revient alors aux médecins, et c'est la première complication qui caractérise la prise en charge de ces patients « actifs »,

⁴³⁸ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 243.

⁴³⁹ Janine Barbot et Nicolas Dodier, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 2000, vol. 18, n° 1, p. 78.

⁴⁴⁰ Talcott Parsons, *The social system*, op. cit., p. 441.

⁴⁴¹ *Ibid.*

de convaincre le malade que le diagnostic élaboré à partir d'informations glanées, par exemple sur internet, est incorrect.

« Ce qui est difficile, c'est la patiente qui a pas confiance en fait, (...) la patiente qui a l'habitude de, de, qui va avoir cherché dix mille trucs sur internet et qui, du coup, s'est fait une propre idée de la maladie, qui est possiblement pas la bonne et que tu vas devoir convaincre que c'est toi qui as raison et que du coup internet, on peut malheureusement pas s'y fier à 100 % et toujours, voilà. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Le patient qui arrive en disant "j'ai déjà tout lu, moi je sais qu'il me faut une IRM, tout de suite, maintenant", (...). Des gens qui arrivent en disant "oui, oui, mais j'ai déjà lu, enfin je sais déjà tout". C'est juste insupportable ! » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Deuxième complication inhérente à la prise en charge de ces patients qui ne leur « font pas confiance » : les médecins doivent résister à leurs demandes en matière de prescriptions ou d'examens complémentaires. Les praticiens interrogés sont visiblement heurtés par le comportement de certains patients qu'ils interprètent comme réduisant leur mission professionnelle à la prescription des médicaments réclamés.

« [La médecine,] c'est pas une science exacte, c'est ça que les gens doivent comprendre. C'est que ça reste, quelque part, moi je suis, je trouve ça vraiment, pourtant c'est un peu un art, c'est-à-dire que on apprend des choses bien sûr, y'a des choses qui sont basées sur la connaissance et, si on les a pas, c'est même pas la peine. Mais y'a aussi, après, le comment je vais chercher l'information, comment je, etc., etc., et ça, ça s'apprend pas, c'est-à-dire soit on a le, soit on l'a, soit on l'a pas. Et si on l'a pas ben on va faire autre chose » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

La dernière complication rapportée par les médecins interrogés relève de l'attitude des patients en question. La formulation de leurs certitudes, de leurs demandes de prescriptions, voire de leurs exigences, est perçue par les praticiens hospitaliers comme une remise en cause de leur autorité professionnelle, voire de leur position dominante dans la relation de soin.

« Il est sûr que le patient qui arrive complètement alcoolisé, agressif, qui parle pas le français, c'est difficile, ça c'est sûr. Mais à la fin, quand, une fois qu'il sera dégrisé, ce sera une crème. Mais y'en a un autre qui va arriver en costume cravate et il va, il va te pourrir la vie parce que, et voilà, il exige euh voilà, "je suis tel ou tel, ou je demande, j'exige" et ça, c'est des patients difficiles. » Dr. Nawel Zaidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Sans que cela ait été formulé explicitement, les praticiens hospitaliers interrogés laissent entendre que ces patients « actifs » seraient principalement issus des classes moyennes ou supérieures. Ainsi, ils font référence à une *hexis* vestimentaire (« costume cravate »), une capacité à rechercher les « informations

médicales disponibles » sur « internet » et un usage plutôt limité des services publics hospitaliers (« on l'a pas trop aux urgences »⁴⁴²) qui désignent plutôt des individus issus de milieux aisés. Cette distinction entre « *une tendance à négocier, à choisir, à influencer le médecin typique de classes moyennes empreintes de consumérisme* »⁴⁴³ et « *une absence de contrôle typique des classes populaires* »⁴⁴⁴ a été relevée par Claudine Herzlich et Janine Pierret dans leur ouvrage consacré à la construction sociale de l'expérience de la maladie et à la naissance du malade moderne⁴⁴⁵. Les auteures remarquent que les patients se comportent différemment dans leurs relations avec les médecins, en fonction de la classe sociale à laquelle ils appartiennent : « *chez les membres des classes moyennes et supérieures, (...) la proximité de classe et de système de valeurs, avec les membres de la profession médicale, le niveau de culture et le contrôle plus aisé des problèmes de la vie quotidienne leur permettent – et sans doute est-ce de plus en plus fréquent aujourd'hui – de maîtriser l'espace social de la médecine, de négocier activement avec les professionnels et d'échapper ainsi à l'"aliénation" et à la "passivité" de la situation de maladie.* »⁴⁴⁶ Les malades issus des classes moyennes et supérieures seraient ainsi des « patients actifs » disposant de ressources leur permettant de réduire l'asymétrie de la relation de soin. Ces patients « informés », à même de négocier avec les médecins, sont ceux que les enquêtés désignent comme des « patients difficiles » du fait de leur « manque de confiance » envers leur autorité professionnelle. A l'inverse, « *dans les classes populaires, (...) l'affirmation d'une confiance entière, d'une obéissance pure et simple aux ordres du médecin, est assez fréquente.* »⁴⁴⁷ Pour les médecins, les patients issus des classes populaires seraient donc perçus *a priori* comme des patients plus « faciles ». Nous allons voir que, bien qu'ils ne soient pas identifiés comme appartenant aux classes moyennes et supérieures, les patients présumés roms se comportent comme des patients « actifs » au cours de leurs interactions avec les médecins.

⁴⁴² Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁴⁴³ Janine Barbot et Nicolas Dodier, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *op. cit.*, p. 78.

⁴⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁴⁵ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, *op. cit.*

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 250.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 242.

3.1.2. Les « Roms » : des patients « actifs » illégitimes

La description que les médecins rencontrés donnent du comportement des patients qu'ils identifient comme roms durant la consultation médicale correspond sur de nombreux points à la définition des « patients actifs » : ils formuleraient des demandes en matière de prescriptions et d'examens complémentaires, et prendraient librement des décisions concernant leurs rendez-vous médicaux, leurs traitements ou leur éventuelle hospitalisation. Toutefois, ces comportements, de la part de patients présumés roms, ne sont pas considérés par les médecins interrogés comme l'expression de leur investissement dans leur prise en charge médicale. Bien au contraire, les enquêtés présentent systématiquement leur participation au déroulement de la consultation médicale de façon négative. Nous proposons d'étudier l'hypothèse selon laquelle les médecins interrogés dénierait aux patients présumés roms la qualité de « patients actifs » au motif de leur appartenance aux classes populaires : l'investissement de ces patients dans leur prise en charge médicale ne pourrait, aux yeux des enquêtés, être considéré avec sérieux du fait de leur défaut présumé de culture médicale⁴⁴⁸, voire plus généralement de capital culturel⁴⁴⁹. L'analyse simultanée de leur propre situation sociale et de leur parcours professionnel permettra de souligner la superposition des frontières morales et de classe que ces médecins tracent autour des usagers présumés roms.

Tout d'abord, les médecins rencontrés soulignent l'insistance des patients qu'ils identifient comme roms en matière de prescriptions médicales et/ou d'examens complémentaires, demandes qu'ils considèrent généralement comme infondées ou erronées ; ce qui constitue, comme nous l'avons vu, une des caractéristiques des patients « actifs ». Toutefois, contrairement à l'attitude qu'ils adoptent face aux patients « actifs » qu'ils identifient comme appartenant aux classes supérieures, les médecins interrogés disent simplement ignorer ces demandes, ne pas en tenir

⁴⁴⁸ Ce point fait l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre du chapitre 6, pp.414-421.

⁴⁴⁹ Pierre Bourdieu, « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1979, vol. 30, n° 1, p. 3-6.

compte, lorsqu'elles émanent de patients présumés roms. Le docteur di Sotto se déclare par exemple tout à fait détaché face au comportement des patients identifiés comme roms qu'il reçoit en consultation aux urgences de l'Hôpital public A. Ce médecin italien, originaire de Milan, a travaillé pendant quinze ans en Italie, « cinq ans et demi de SAMU et dix ans d'urgences », puis il a décidé de venir travailler en France quand le poste de chef de service des urgences a été confié à un autre que lui. Il choisit l'Hôpital public A dont la localisation géographique lui permet de rentrer facilement en Italie. Aujourd'hui, il mène de front « une double vie professionnelle » :

« Je fais carrière en France et j'ai recommencé faire carrière en Italie parce que, depuis six mois, je suis chef de service aux urgences dans une clinique privée à côté de Milan. Bon, ben ils cherchaient un chef de service et mon CV avec l'expérience à l'étranger... était un peu longue. Vu que quand même mon activité, donc une activité libérale, j'ai demandé quand même de garder dix jours en France... Parce qu'ici, j'ai passé mon concours de P[raticien] H[ospitalier] titulaire, donc je voulais pas perdre ma place de titulaire. J'ai demandé ici, de bosser, temps partiel, 60 %. Je garde que les gardes, dix jours, douze jours par mois, et en même temps je reste en Italie, chef de service, trois semaines par mois. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

Le docteur di Sotto est ambitieux. Chef de service à 46 ans, il cumule les revenus et le prestige de sa double carrière transalpine. Ce médecin, qui s'exprime avec un fort accent et utilise parfois des formules un peu expéditives, considère qu'il n'y a que peu de différence entre la France et l'Italie « sauf peut-être les ethnies. Ici [en France], y'en a plus [davantage]... [Ici] il y a des ethnies, en Italie elles sont pas encore arrivées ». Il parle de « liste des courses » pour désigner les demandes en matière d'examens complémentaires que les familles présumées roms lui présenteraient au cours des consultations.

« [Les Roms] ils veulent tout, tout de suite et comme ils veulent. Je fais comme [pour] les autres [patients] : je les fous dehors. J'examine la patiente ou le patient et s'il n'a rien, je [le] fous dehors avec l'ordonnance. S'il y a quelque chose, on va faire le bilan, mais [c'est pas] parce que la famille vient me demander "il faut faire le scanner", parce qu'ils te font la liste des courses mais c'est pas pour ça que je vais le faire. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

Pour lui, les demandes d'examens complémentaires formulées par des patients qu'il identifie comme roms ne reposent *a priori* sur aucune considération d'ordre médical. Il présente plutôt ces demandes comme des exigences opportunistes et récurrentes. Par conséquent, il se réserve le droit de « foutre dehors » ces patients exigeants s'il estime que les examens complémentaires ne sont pas justifiés. A aucun moment, il ne mentionne la nécessité de convaincre ces patients présumés

roms que leurs demandes sont infondées ou erronées, ce qui constitue pourtant la première complication inhérente à la prise en charge des patients « actifs » tels que précédemment décrite.

Le docteur Pahn, coordinateur du service d'urgences de la Clinique E, rapporte qu'il serait lui aussi confronté aux demandes de prescriptions médicales des patients qu'il identifie comme roms. Le docteur Pahn, fils d'un ingénieur et d'une professeure de français, est né au Cambodge. Alors qu'il n'a pas encore deux ans, sa famille s'enfuit précipitamment à l'arrivée au pouvoir des Khmers rouges et s'installe dans une « cité » de la région parisienne. Bon élève, il s'inscrit à la Faculté de médecine de Bobigny (Paris XIII) après l'obtention d'un bac D, avec dans l'idée de devenir pédiatre comme une de ses tantes. Finalement, au cours de ses études, il délaisse ce projet pour se tourner vers les urgences adultes. Au sortir de ses études, l'Hôpital public D lui propose un poste de médecin urgentiste.

« Je suis allé voir l'administration et j'ai demandé "[le chef de service des urgences] me propose d'être assistant dans le service et j'aimerais savoir combien c'est payé?". Il s'est avéré que [en tant qu'] interne avec mes gardes, j'étais mieux payé. J'ai dit que je n'allais pas prendre un poste de chef pour être moins bien payé que dans ma position actuelle, c'est ridicule ! C'est la réalité ! Donc, je suis retourné voir mon patron et je lui ai dit "moi, je veux bien être senior chez vous mais pour être moins bien payé, c'est pas logique. On prend plus de responsabilités, on devrait être plus payé". Ça n'a pas été le cas alors moi j'ai dit que je ne prendrais pas le poste. Il m'a dit "si c'est ça, je te nomme PHC" – c'est praticien hospitalier contractuel (...). Mais le poste qu'il me proposait même PHC, ce n'était pas beaucoup plus payé. Moi je lui ai dit "non" pour m'installer en ville dans le 77, lancer un cabinet, commencer une activité [libérale]. Même ici [à la Clinique privée E], au départ, l'activité n'était pas très importante mais le PDG ici a réussi à me convaincre. Et, dans mon idée, je m'installais ici pour deux ou trois ans maximum. (...) Ici, ils payaient mieux parce que, quand je me suis installé, je m'occupais du service de médecine et y'avait les consultations, je m'occupais des consultations journalières mais on avait une rentrée d'argent immédiate du fait qu'on s'occupait du service de médecine. L'idée c'était que, quand on s'installe [en libéral] on n'a pas d'argent, donc de rester deux ou trois ans, faire un petit capital et après, moi, m'installer dans le 77. (...) Et puis, in fine, je suis arrivé ici pour la première fois en novembre 98 et, en 2010, je suis toujours là (rit) ! » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

On voit, dans la description qu'il donne lui-même de ses choix de carrière, que les revenus financiers constituent de façon évidente un critère incontournable pour docteur Pahn. Simple médecin généraliste à son arrivée à la Clinique E, il a su transformer l'activité de consultations journalières en un véritable service d'urgences dont il est, à 38 ans, le coordinateur. Il qualifie cette fonction de « sommet » du service au-dessus duquel il n'y aurait que le directeur de l'établissement. Le docteur Pahn prend fréquemment en charge des patients qu'il

identifie comme roms habitant à proximité de la Clinique E. Il est devenu, au fil du temps, l'équivalent de leur médecin traitant et est qualifié de « médecin des Roms » par ses collègues et les membres de la direction de la Clinique E. La description qu'il donne de leur situation socio-économique établit l'appartenance des usagers présumés roms à une classe sociale inférieure, sans espoir d'ascension sociale. Sa position dominante de médecin par rapport aux patients se double alors d'une supériorité de classe révélée par ses propos paternalistes à l'égard de ces usagers.

« Les Roms, c'est souvent les mêmes familles qu'on a, c'est des habitués. J'en ai qui sont pères de trois, quatre gamins et y'a dix ans, ils étaient gamins, je leur tirais les oreilles parce que leur père me les amenait en inventant des maladies, pour faire des certificats pour pas qu'ils aillent à l'école, donc je leur tirais les oreilles pour qu'ils aillent à l'école. Aujourd'hui, les pauvres, ils ne sont pas très instruits, ils font les mêmes travaux que leurs pères, vendre des voitures, ils sont malheureux, ils vivent mal. J'en parle avec eux "tu vois quand je te tirais les oreilles, d'être un peu plus instruit, d'aller à l'école". » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Face aux demandes insistantes des patients qu'il identifie comme roms, le docteur Pahn ne précise pas comment il réagit – s'il prend le temps de les convaincre de faire confiance à ses connaissances médicales ou s'il impose unilatéralement ses décisions – mais on retrouve dans ses propos l'idée que ces demandes seraient habituelles et opportunistes : les « Roms » profiteraient de la consultation médicale pour obtenir des prescriptions supplémentaires, sans rapport direct avec la pathologie qui les amène aux urgences.

« [Les Roms] ils sont parfois très insistants, pas agressifs mais insistants. C'est toujours "s'il te plaît donne-moi ci" et quand on fait l'ordonnance "s'il te plaît rajoute-ci, rajoute-ça". Ils sont très insistants. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Une deuxième caractéristique des patients « actifs » apparaît dans les descriptions que les enquêtés font des patients présumés roms : ces derniers prendraient librement des décisions relatives à leur santé, quitte à contrevenir aux injonctions médicales. On est ici loin du patient soumis et docile décrit comme idéal par les médecins. Par exemple, les médecins interrogés rapportent les libertés que les patients présumés roms prendraient dans le suivi des traitements prescrits. Ainsi, une interne de médecine rencontrée au cours de son stage aux urgences de la clinique privée E commente, à notre intention, l'échange qu'elle a eu avec une

patiente qu'elle identifie comme rom au cours d'une consultation : « elle est chiante, elle répète qu'elle n'a pas de diabète alors que son dextro⁴⁵⁰ crève le plafond et quand je lui dis que le premier traitement pour le diabète, c'est le régime – elle est grosse, mais grosse ! – elle me dit (*imitant une voix plaintive*), "je le fais déjà le régime, je le fais déjà". »⁴⁵¹ Malgré les récriminations de la patiente, l'interne déduit des résultats du « dextro » et de l'observation du physique de la patiente que cette dernière ne respecte pas les injonctions médicales concernant le traitement du diabète dont elle souffre. Cette interne dénie *a priori* toute crédibilité à la parole de cette patiente qu'elle identifie comme rom et questionne son « désir de guérir »⁴⁵², son investissement dans la prise en charge de sa maladie chronique. Le professeur Legoff, gynécologue à la retraite qui a exercé durant toute sa carrière dans un hôpital public de province, affirme lui aussi que « [les Roms] ne suivent pas les soins, sans parler de la contraception ! »⁴⁵³. Il présente alors le fait qu'« ils ne prennent pas de rendez-vous » comme une manifestation de la désinvolture des patients qu'il identifie comme roms vis-à-vis des consignes qu'il leur donne. Il cite le cas d'une patiente qu'il identifie comme rom, qu'il découvrait de temps en temps dans la salle d'attente du service. A chaque fois, il lui faisait remarquer qu'elle aurait dû prendre un rendez-vous mais elle répondait qu'elle préférerait venir quand elle le souhaitait, même si cela signifiait attendre toute la journée qu'il ait fini ses consultations et trouve enfin le temps de la recevoir. Le professeur Legoff conclut en affirmant qu'il a, malgré tout, continué à recevoir cette patiente en consultation : « on n'est pas des chiens, on la reçoit quand même ». Il semble par conséquent que cette patiente a bien été prise en charge par ce professionnel, ce qui démontre que ce n'est pas le suivi des soins mais bien les modalités de ce suivi, librement définies par la patiente présumée rom, qui interpellent le professeur Legoff.

Le docteur Mensah travaille depuis plus de dix ans comme gynéco-obstétricien à l'Hôpital public G. Originaire du Congo Brazzaville, il est initialement venu en France pour suivre une formation de spécialiste, mais la guerre civile de 1997 l'a

⁴⁵⁰ Le terme « dextro » désigne l'appareil permettant de mesurer la glycémie capillaire chez un patient diabétique.

⁴⁵¹ Carnet n°4, SAU, Clinique privée E, 29/06/2010.

⁴⁵² Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 241.

⁴⁵³ Pr. Luc Legoff, ~65 ans, gynécologue, retraité, entretien exploratoire.

empêché d'y retourner. En 2002, il demande la nationalité française, puis passe le concours de praticien hospitalier qu'il obtient l'année suivante. Lui aussi souligne la liberté exercée par les patientes qu'il identifie comme roms concernant leurs rendez-vous médicaux. Il ajoute que ces patientes préfèrent « parfois » signer une décharge plutôt que d'accepter l'hospitalisation qu'il leur propose. Toutefois, dans son optique, le refus opposé par des patientes présumées roms de se faire hospitaliser n'est pas une manifestation du droit pour « *toute personne [de] prend[re], avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »⁴⁵⁴, mais plutôt le signe que les patientes qu'il identifie comme roms sont « des patientes un peu indisciplinées ».

« C'est un peu la pagaille ! Elles viennent parfois, quand elles veulent, elles font ce qu'elles veulent, parfois quand elles viennent parce que y'a un problème, un souci, on veut parfois proposer une hospitalisation, parfois elles signent la décharge, elles veulent pas se faire hospitaliser quoi. » Dr. Luc Mensah, ~45 ans, gynécologue-obstétricien, service de gynéco-obstétrique, Hôpital public G.

Les interventions des patients présumés roms au cours de la consultation médicale, tout comme leurs décisions quant à leur prise en charge hospitalière, ne sont ainsi jamais interprétées par les médecins que nous avons rencontrés comme la manifestation de leur investissement dans la relation de soin, mais au contraire comme de l'indiscipline, de la désinvolture, voire de l'irrationalité. Les enquêtés semblent dénier à ces patients identifiés comme roms le droit de prendre des décisions concernant leur santé de façon libre et éclairée, comme l'édicte la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient⁴⁵⁵. Pourtant, à l'instar du docteur Pahn, plusieurs enquêtés affirment l'« intelligence » des patients qu'ils identifient comme roms.

« Ils peuvent comprendre, c'est pas des bêtes, ils sont aussi intelligents que nous. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Né en Algérie en 1954, le docteur Mallem, praticien aux urgences de l'Hôpital public L, ne connaît de la France, jusqu'à ces seize ans, que le « fief familial dans

⁴⁵⁴ Article L-1111-4 du code de la santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767&dateTexte=20111108>, consulté le 5 février 2014.

⁴⁵⁵ *Ibid.*

le Sud-Ouest ». Il décrit son arrivée dans un lycée international de la région parisienne comme « un choc » après l'ouverture et la diversité qui caractérisaient sa scolarité à Alger, encadrée par « des profs du Quai d'Orsay, et donc des gens qui avaient fait le tour du monde. » Issu d'une « dynastie de médecins », il passe un bac D avec deux années d'avance et choisit de faire des études de médecine pour pouvoir voyager et être indépendant⁴⁵⁶. Il s'investit dans l'association Médecins sans frontière qui vient de voir le jour pour assouvir son besoin de voyage. De retour en France, il travaille pour SOS médecins, ce qui le conduit progressivement vers la médecine d'urgence.

« Pendant mon externat, je suis parti faire des remplacements en médecine de, de médecins de brousse en Afrique Noire régulièrement. (...) Donc, je suis parti à l'étranger pendant longtemps, et puis je suis revenu en France parce que je sentais qu'il fallait que je revienne, et euh j'ai choisi une voie, je suis rentré à SOS médecins parce que ça me donnait la possibilité de repartir quand je voulais, ce qui a été le cas. (...) Et puis, euh, et puis la médecine d'urgence, dans ce contexte-là, m'a intéressé. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Pendant douze ans, il travaille à mi-temps pour SOS médecins et à mi-temps à l'hôpital. D'abord, aux urgences d'un hôpital public parisien qu'il finit par quitter en 2004 pour rejoindre l'actuel chef de service des urgences de l'Hôpital public L qui « est quand même connu comme le loup blanc⁴⁵⁷ dans le monde de la médecine d'urgence ». A cinquante-cinq ans, il renonce finalement à exercer pour SOS médecins et devient praticien hospitalier à temps plein aux urgences de l'Hôpital L. A propos des patients qu'il identifie comme roms (et qu'il range sous la catégorie « le Rom »), il dit que ce sont des « gens intelligents » qui « savent bien où ils vont ». Il explique qu'il s'agit ni de les sous-estimer en les prenant pour des « benêts totalement incultes », ni de « les diaboliser », mais de « les mettre à leur place » en leur rappelant les règles et les missions de l'hôpital.

« Je ne crois pas que le Rom méconnaisse l'hôpital. Je pense que le Rom sait parfaitement où il met les pieds. Enfin, je pars de cet a priori là. Je pars de cet a priori que ce sont des gens intelligents, ce sont des gens qui savent observer, qui savent capter les différents signes, signaux, informations qu'ils peuvent recevoir, euh, quand vous êtes dans la précarité, tout fait signe, d'accord ? Donc je pars de cet a priori là. Ils savent très bien où ils vont, où ils mettent les pieds. Ils le savent d'autant plus qu'ils savent jusqu'où ils peuvent aller dans la demande. Donc je pense pas qu'il faille les prendre d'une part comme des

⁴⁵⁶ « Avec un raisonnement extrêmement primaire dans un gamin de cet âge-là, qui est de dire "ben, voilà, moi, j'ai envie de repartir à l'étranger, j'ai pas envie d'avoir de patron, euh, donc, le seul métier, y'a des malades partout, je fais médecine". » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁴⁵⁷ Ce qui signifie qu'il est très réputé.

benêts totalement incultes, dont on ne pourra rien tirer, donc avoir un regard totalement condescendant à leur égard, pas du tout. Je ne pense pas qu'il faille aussi les diaboliser, voilà. Je pense qu'il faut les mettre à leur place quoi, et je pense qu'il faut leur signifier que effectivement ils demandent ça, nous, nous sommes hôpital, nous ne pouvons donner que ça, si vous voulez n+1 ou autre chose, ou z ou y, c'est pas ici c'est ailleurs. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Ainsi, en qualifiant les « Roms » d'« intelligents », ces enquêtés ne signifient pas qu'ils auraient les ressources nécessaires, « *le niveau de culture* »⁴⁵⁸ requis pour comprendre et s'investir dans les soins qui leur sont prodigués. Ce terme prend ici une connotation péjorative signalant la fourberie et la débrouillardise supposées des membres des classes inférieures. En précisant que les patients qu'il identifie comme roms « savent jusqu'où ils peuvent aller dans la demande », le docteur Mallem relève l'implicite compris dans les témoignages de tous les médecins cités jusqu'à présent : les usagers présumés roms formuleraient ces demandes non pour exercer leurs droits en tant que patients « actifs » mais pour repartir avec les médicaments ou les ordonnances qu'ils souhaitent (la « liste de courses ») et profiter de l'institution de santé à laquelle ils s'adressent. L'illégitimité des demandes formulées par les patients présumés roms lors de la relation médicale se voit justifiées, aux yeux des enquêtés, par le fait que, dénués de culture médicale du fait de leur appartenant aux classes populaires, ces usagers useraient de la violence à leur encontre pour obtenir ce qu'ils veulent. Les usagers identifiés comme roms appartiendraient alors aux « classes dangereuses »⁴⁵⁹ contre lesquelles les médecins devraient se protéger.

3.1.3. La violence comme ressource dans la relation de soin

Toutes les catégories de professionnels hospitaliers disent être fréquemment confrontés au « manque de respect », voire à l'agressivité des usagers⁴⁶⁰ – particulièrement dans les services d'urgences mais pas uniquement. Ils expliquent généralement ces attitudes désobligeantes et/ou violentes par la douleur, l'angoisse, l'incertitude des patients et de leurs proches. S'ils ne cautionnent pas

⁴⁵⁸ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 250.

⁴⁵⁹ Stéphane Beaud et Michel Pialoux, *Violences urbaines, violence sociale: genèse des nouvelles classes dangereuses*, [Paris], Pluriel, 2013.

⁴⁶⁰ Voir à ce sujet les moyens techniques mis en place pour faire face à la violence des usagers aux urgences, chapitre 1, pp.77-78, ainsi que le tableau sur la violence perçue des usagers aux urgences en annexe, p. 600.

de telles pratiques, les soignants disent généralement comprendre que le manque d'informations et la longueur de l'attente puissent aiguïser les peurs des patients et les rendre agressifs à leur égard. Ces arguments ne sont toutefois pas ceux utilisés par les médecins hospitaliers pour expliquer le comportement des patients identifiés comme roms, dont ils disent craindre *a priori* l'agressivité. En effet, les médecins que nous avons rencontrés interprètent la violence des patients présumés roms comme une ressource dont ces usagers se serviraient pour s'imposer dans la relation de soin⁴⁶¹. La mise en exergue du comportement « agressif » des patients présumés roms est un pas de plus vers la disqualification morale de leur comportement « actif » dans la relation de soin. En effet, à leurs yeux, les patients identifiés comme roms ne seraient pas des patients « actifs », au sens de légitimement investi dans la relation de soin et dans la gestion de sa maladie, mais des patients appartenant aux classes populaires qui refuseraient de se soumettre – comme les autres – à leur autorité professionnelle et à leur position dominante dans la relation de soin.

Le docteur Frédéric Amanroche est le seul médecin que nous avons rencontré à présenter les relations qu'il entretient avec les familles des patients hospitalisés dans son service comme *régulièrement* conflictuelles. Né en 1948 d'un père cadre supérieur et d'une mère au foyer, il entreprend, après un « bac philo », des études de médecine à Paris Descartes « pour gagner de l'argent, pour faire plaisir à maman » (dont le père était lui-même médecin). Il poursuit un double cursus en internat (« ce qui est interdit maintenant ») : cardiologie et anesthésie réanimation. A la fin de sa formation, il accepte un premier poste à l'Hôpital public G et restera dans cet établissement durant ses trente années de carrière. Il est, au moment de l'entretien, chef du service de réanimation et chef du pôle Urgences, SMUR et Réanimation de l'Hôpital public G. Lorsqu'on aborde la question de la relation qui s'établit entre le médecin et la famille du patient dans un service de réanimation, le docteur Amanroche désigne une grosse pochette rouge intitulée « Justice » sur son

⁴⁶¹ Olivier Bouvet et Stéphane Floch font le même constat, toutefois ils ne précisent pas la profession des enquêtés qui soulignent l'agressivité des patients présumés roms. Olivier Bouvet et Stéphane Floch, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants », *op. cit.*

bureau et explique qu'il a parfois « quelques problèmes » avec les familles des patients qui décèdent dans son service⁴⁶².

« Je vais chez le juge quatre à cinq fois par an. Mon collègue est mis en examen en ce moment pour une affaire pénale pour homicide involontaire. Moi, je vais chez le juge, heureusement le plus souvent en civil, mais parfois au pénal quatre fois par an. On est passés à la télévision dans « Sans aucun doute » parce que soi-disant on avait fait des choses... C'est tout le temps ! Moi-même, je suis actuellement témoin assisté dans une affaire d'homicide involontaire. En ce moment, c'est Maître [P] qui s'occupe de mon affaire parce qu'on est tout le temps attaqués en justice, parce qu'on est sur des sujets délicats quand même, étant donné que ça ne marche pas tout le temps la réanimation. Parfois, ça ne marche pas et les gens ne comprennent pas "c'est pas normal, peut-être que si il [le médecin] avait fait autrement, il [le patient] s'en serait sorti ?". On passe devant les juges, les experts, etc. (...) Pour ça, j'ai ça : c'est ma pochette justice, le truc rouge. (...) C'est ce qui me sert à tous les trucs de justice. Quand je suis attaqué, je le mets là-dedans. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Ce chef de service présente les poursuites judiciaires – dont son service, ses collaborateurs et lui-même font l'objet – comme une routine de l'exercice professionnel. Il ajoute qu'il a aussi personnellement subi à plusieurs reprises des agressions physiques de la part d'accompagnants de patients décédés dans son service. Ces agressions sont, d'après lui, suffisamment fréquentes pour qu'il ait pris l'habitude de retirer ses lunettes avant chaque annonce de décès.

« J'ai reçu des coups de poing dans la figure il y a pas très longtemps. (...) De temps en temps, j'ai eu des agressions physiques, des gens qui craquaient, donc on se méfie toujours. Quand je vais annoncer un décès, il m'arrive souvent d'enlever mes lunettes pour annoncer le décès parce qu'il y a des gens qui réagissent très mal à ça. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

La violence sous différentes formes fait donc partie de son quotidien professionnel et le docteur Amanroche n'exprime que peu de craintes par rapport aux agressions physiques et aux poursuites judiciaires qu'il dit subir de façon routinière : il enlève ses lunettes ou classe l'affaire dans sa pochette rouge et poursuit son activité professionnelle. Il est, par conséquent, intéressant de remarquer la peur qu'a suscitée chez ce professionnel les échanges (dénués de violence effective) qu'il a eus avec les membres de familles qu'il identifie comme « gitanes ».

« Y'a deux ou trois ans, je suis allé annoncer un décès et un gars m'a fait ce signe (passe son doigt sur sa gorge) en partant. Je peux vous dire que, pendant quinze jours, je faisais attention en allant rejoindre ma voiture au parking ! Y'a rien eu, je ne l'ai jamais revu. Enfin, quand je lui ai annoncé, il m'a fait comme ça (même geste), il a tourné le dos et est

⁴⁶² « On ne pleure pas sur chaque décès. Des décès, on en voit... (...) C'est mon boulot, c'est mon quotidien, y'en a un qui meurt, deux qui meurent, ben voilà, ils meurent. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

parti. J'ai fait gaffe. (...) [C'était un] Gitan. On en a pas mal, on en a régulièrement. [Le chef du service des urgences] est un champion de judo et ben, il y a quelques mois je lui ai demandé de m'accompagner à ma voiture. Je craignais de me faire agresser [par] des gens qui m'attendraient. (...) Je ne me souviens plus de ce qui s'est passé, c'était une famille [gitane] pas contente. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Cette crainte *a priori* de la violence et de l'agressivité potentielles des usagers présumés roms se retrouve dans le témoignage de plusieurs médecins interrogés comme une « spécificité » de cette population. Un interne aux urgences de l'hôpital public L rapporte ainsi le comportement « violent » de deux ou trois « familles roms » « indisciplinées » rencontrées lors d'un stage dans un établissement de la région parisienne. Carl décrit la virulence de ces usagers – qui lui semble évidente malgré l'impossibilité de comprendre leurs propos faute de langue commune – et son appréhension à l'idée qu'ils puissent revenir ultérieurement dans le service.

« [Les Roms,] soit ils sont vraiment reconnaissants, ils sont disciplinés, soit vraiment ils sont indisciplinés et tout leur est dû. C'est vrai que je suis tombé sur deux ou trois familles [roms], ils étaient pas contents, ils obtenaient pas ce qu'ils attendaient en venant ici et c'était assez violent, assez virulent, même si on comprenait pas forcément ce qu'ils disaient, mais assez virulents dans les gestes, dans les paroles. Quand on les voit revenir, parce que du coup ils reviennent quand même, c'est [avec] un peu de retenue [de notre part] parce que, du coup, on a quand même cette appréhension de la, de la dernière fois où ça s'est mal passé ou euh... Malheureusement, voilà, on en garde quand même des souvenirs parce que, du coup on les voit régulièrement, c'est quand même des gens qui reviennent régulièrement, c'est toujours les mêmes. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Carl vient d'une famille modeste « d'ouvriers, d'artisans ». Après un bac scientifique, il poursuit en région parisienne des études de médecine dont il rêve « depuis tout petit, depuis l'âge de trois, quatre ans ». Il travaille durant sa formation, d'abord comme poissonnier dans une grande surface, puis comme « aide-soignant les deux premières années et puis, les un an et demi suivants, [il est] infirmier, en fonction d'infirmier » de nuit, dans les services dans lesquels il est en stage en journée. Ces expériences ont, selon lui, profondément marqué sa « vision du boulot de médecin » en lui faisant prendre conscience du rôle de chaque catégorie de professionnels hospitaliers dans un service⁴⁶³. Carl dit avoir

⁴⁶³ « Ça donne une vision des choses... C'est pour ça que là, dans les urgences, j'ai quand même une vision globale : si l'infirmière arrive pas à perfuser, je peux toujours y aller pour les avancer, si ils ont trop de boulot, je les perfuse et je bilante⁴⁶³. Et quand je demande un soin à un infirmier, je sais la charge de travail que ça fait et si il faut que je l'aide, si

régulièrement pris en charge des patients qu'il identifie comme roms au cours d'un stage d'internat effectué aux urgences pédiatriques d'un hôpital public de la région parisienne. Il garde des souvenirs très vifs de cette expérience. Pour lui, les « Roms » sont des « gens assez revendicateurs », très méfiants vis-à-vis des soins qui leur sont prodigués, voire menaçants à l'égard du personnel hospitalier. Il utilise l'image de l'épée de Damoclès pour décrire la pression qu'il estime avoir subie au cours des consultations médicales menées avec des patients présumés roms.

« Tout ce qu'on leur dit, il faut qu'ils [les Roms] le vérifient, faut qu'on, faut qu'on arrive à avoir leur confiance, une fois qu'on a leur confiance, c'est bon, en sachant que de toute façon, à la moindre erreur ils seront impar, ils seront intraitables. C'est toujours, quand on les soigne, on a toujours une épée au-dessus de la tête parce qu'il se passe quoi que ce soit, l'effet secondaire ou malheureusement une mauvaise évolution malgré le fait des bons traitements, on sait qu'on a une menace au-dessus de la tête. C'est des gens qui sont assez revendicateurs et euh ça, je peux pas l'expliquer hein. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

La description que Carl donne des patients présumés roms – leur manque de confiance *a priori*, leurs exigences, leurs revendications – rappellerait la définition des patients « actifs » si ce n'était cette notion d'agressivité, de menace omniprésente.

De même, le docteur Stéphanie Dupetit, médecin aux urgences de l'Hôpital L, se souvient de l'arrivée d'une dizaine de « mecs pas très avenants » dans le service, à l'occasion d'un désaccord avec la famille d'un enfant présumé rom qu'elle souhaitait hospitaliser. Le docteur Dupetit est née dans le sud de la France en 1982. Aucun membre de sa famille ne travaille dans le milieu médical, elle choisit de faire des études de médecine sur la suggestion d'un conseiller d'orientation. Elle trouve la formation très intéressante et apprécie d'être « petit à petit projetée dans la vie professionnelle ». Toutefois, elle remarque qu'elle n'aurait pas pu choisir cette voie si elle n'avait pas eu « la chance d'avoir [ses parents] qui pouvaient [l']aider » financièrement durant toutes ces années de formation. Elle obtient un bon classement au concours d'internat et choisit de poursuivre en

euh... ça change complètement la vision du boulot de médecin. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

médecine générale à Paris, ce qui l'amène à faire des stages dans les services d'urgences.

« Mes chefs me disaient "ah mais les urgences, ça serait bien, ça serait bien, ça t'irait bien, t'es à l'aise, t'as le, enfin l'esprit qui correspond et tout", et j'avais dit "non, non, non, moi je veux retourner dans le sud". A l'époque je voulais encore redescendre. Et puis, j'ai fait un stage chez le généraliste et là, je me suis dit "ah ! je peux pas, moi, j'ai besoin d'équipe, j'ai besoin de gens, j'ai besoin de communiquer avec des gens tout le temps donc". Du coup, je me sentais trop isolée et, du coup, la médecine d'urgence maintenant c'est, voilà, je me vois pas faire autre chose. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Elle travaille à temps plein aux urgences de l'Hôpital public L depuis un an et demi au moment de l'entretien. Elle envisage de réduire son nombre d'heures dans le service et de rechercher un demi-poste en SAMU pour « faire des gestes de réa[nimation] qu'on fait moins ici », mais également parce qu'elle trouve les conditions de travail dans le service difficiles⁴⁶⁴. Elle aussi présente les patients présumés roms comme agressifs *a priori* et raconte, pour illustrer son propos, cette anecdote où le nombre d'intervenants semble constituer l'élément central de la menace ressentie.

« J'ai des souvenirs de, un jour, ils étaient pas d'accord, on voulait garder le petit ou la petite [rom], je me rappelle plus, et donc là, ils ont débarqué vraiment nombreux quoi, une dizaine de mecs, pas très avenants hein, on était un petit peu [effrayés]... voilà... » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

A aucun moment, le docteur Dupetit n'explique cette attitude « peu avenante » des accompagnants présumés roms par leur angoisse ou leur incertitude quant à l'état de santé de l'enfant. Elle présente l'arrivée de cette « dizaine de mecs » dans le service comme une réponse à leur volonté de garder l'enfant en hospitalisation, comme un moyen de faire pression sur l'équipe soignante pour influencer sur leur décision. Plusieurs médecins interprètent ainsi l'« agressivité » des usagers présumés roms comme un moyen d'obtenir ce qu'ils pensent (à tort ou à raison) ne pas pouvoir obtenir autrement : des soins de qualité, des médicaments ou des examens complémentaires, une aide dans des procédures administratives, etc.

Le docteur Daphné Leroy est née en 1974 dans l'Est de la France. Sa famille compte de nombreux professionnels de santé et elle dit avoir toujours voulu faire

⁴⁶⁴ « Je craque un peu ici en ce moment, ça fait un an et demi et c'est vrai que ça commence à être un peu difficile. (...) Je suis en plein temps, mais c'est génial, mais c'est vrai que c'est compliqué en ce moment, y'a pas mal de, de médecins qui sont partis, le travail est de plus en plus difficile et même si c'est une équipe géniale, je sais pas si t'arrives à t'en rendre compte mais... » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

médecine, même si son père, lui-même radiothérapeute, a essayé de la dissuader de s'engager dans cette carrière professionnelle. Il tenait à ce qu'elle intègre une classe préparatoire du concours d'entrée à HEC par souci d'« ouverture d'esprit ». Au bout de deux ans, elle revient à son idée première et entre en faculté de médecine à Dijon. Elle décrit la formation comme facile d'un point de vue intellectuel, « peut-être parce que [elle] étai[t] passionnée ». Mais, à l'instar du docteur Dupetit, elle souligne que suivre des études aussi longues exige de disposer de ressources matérielles et financières personnelles, mettant ainsi en lumière le processus de reproduction sociale dont elle a bénéficié.

« Y'a du boulot, clairement, mais c'est pas des études infaisables et je pense que tout le monde peut y arriver si... Après se posent d'autres problèmes pour faire médecine : c'est très long, on gagne de l'argent très tardivement, donc c'est plus les conditions liées aux études de médecine, que la difficulté de la, le niveau requis pour faire médecine qui me paraît important, enfin qui fait euh, passer d'un côté ou de l'autre, que c'est possible ou pas possible quoi. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Après avoir exercé quelques années dans un établissement martiniquais, elle revient en métropole pour prendre soin de son père qui est malade et postule aux urgences de l'Hôpital public L sur les conseils d'un collègue. Elle parle de son adaptation aux urgences parisiennes comme d'un « gros choc » tant d'un point de vue thérapeutique (« y'a plein de pneumologie, y'a plein de détresses respiratoires, y'a de la tuberculose, moi, j'en avais jamais vu »), que d'un point de vue rythme et conditions de travail (« en moyenne y'a plus de deux cents passages [par jour] ici, en Martinique, y'a cent passages [par jour] pour le même nombre de médecins quoi »). Au moment où cet entretien a été réalisé, le docteur Leroy travaille à l'Hôpital public L depuis plus de deux ans, et partage son temps entre les urgences et le SMUR : « depuis le début, je voulais du SMUR en fait, c'était vraiment ma passion, c'était faire des urgences et du SMUR ! ». Si elle se souvient de quelques expériences avec des patients qu'elle identifie comme roms, elle estime qu'elle n'en a pas souvent pris en charge. Elle décrit néanmoins le comportement des membres d'une « famille rom » « roulant des mécaniques » et « criant fort » comme un moyen d'être « traités plus vite et mieux ».

« Le fait de s'imaginer qu'en roulant des mécaniques et en étant cinquante, ils [les Roms] vont être traités plus vite, mieux, et je pense que c'est leur image aussi qu'ils essaient, ils sont persuadés de ça quoi, que si ils font, pas peur, mais que si ils montrent qu'ils sont là, ils vont être traités, ils vont être traités plus vite et mieux. Je pense que c'est leur croyance quoi (...). Je pense que c'est une tentative d'intimidation, ce qui est vrai c'est que c'est

peut-être une tentative d'inverser les rôles de, de dépendance. Moi, je pense que c'est une tentative d'intimidation pour être sûr que les gens soient bien traités, et qu'ils passent vite et que si, plus tu cries fort, plus ça va passer et voilà. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Même si elle ajoute qu'elle trouve « le côté "arrivée en masse" » « flippant » et « qu'il faut faire gaffe à ce que tu dis » parce que c'est « une communauté très soudée »⁴⁶⁵. La répétition du terme « tentative » et l'utilisation d'un vocabulaire relatif à la croyance (« s'imaginer », « être persuadé », « être sûr ») laisse entendre que cette « tentative d'intimidation » n'aurait aucun effet sur la qualité de la prise en charge. Au contraire, cette attitude agressive décrédibiliserait les demandes de ces accompagnants.

De même, Madame Costa, sage-femme à la Clinique privée E⁴⁶⁶, critique l'attitude agressive des patientes qu'elle identifie comme roms. Après avoir fait ses études dans le public, elle a travaillé « en tant que libérale dans le public puisque [elle a] fait de l'HAD, dans l'hospitalisation à domicile ». Puis, elle a exercé dans différentes structures privées avant de rejoindre la Clinique E. Elle s'enorgueillit d'avoir mené toute sa carrière dans un secteur réputé pour la précarité et la mixité de la patientèle.

« L'idée c'est qu'on vient s'installer sur ce secteur-là pour faire de la prévention médicale primaire qui est importante. On a l'impression d'être utile et de faire notre travail pour quelque chose. Si... on ne vient pas là pour rien, d'abord, si on ne vient pas pour ça, on ne peut pas rester de toutes les manières, c'est assez clair ! Ça fait dix-huit ans que je suis sur le secteur. Au départ, j'étais salariée et j'aurais pu dire que j'allais m'installer ailleurs, j'aurais pu le faire parce qu'il y avait une demande. Mais non, j'ai fait du domicile, j'ai appris énormément de choses, j'ai pas regardé la dangerosité de la chose. J'ai pris mon monito[r]ing qui pèse trois tonnes, la mallette etc. et je suis allée dans les cités les plus dangereuses. (...) On veut tous aider les gens mais on s'est retrouvé tous braqués. Moi, je me suis retrouvée braquée avec un pistolet, des gens cagoulés. On a tous eu nos frayeurs. On peut écrire un livre sur notre vécu, un vécu et physique et verbal, ça c'est clair. Ça fait dix-huit ans mais, des fois, je pense avoir un vécu sur des sages-femmes qui ont fait toute une carrière parce qu'on vit les choses en accéléré, on voit des choses quand même ! » Mme Costa, ~40 ans, sage-femme, service de gynéco-obstétrique, Clinique privée E.

⁴⁶⁵ Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁴⁶⁶ Nous incluons les propos de cette sage-femme à cet argumentaire car, si cette profession diffère de celle de médecin de plusieurs façons, Mme Costa dispose tout de même, dans le cadre de son activité libérale au sein de la clinique E, d'une autonomie professionnelle comparable à celle des médecins. De plus, ses contacts avec les patients ont essentiellement lieu au cours de consultations comparables dans la forme (interrogatoire, auscultation, diagnostic) aux consultations médicales. Enfin, l'écart de statut entre médecins et sages-femmes va en s'amenuisant, comme l'illustre l'annonce par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, le 4 mars 2014, de la création d'un statut médical de sages-femmes des hôpitaux. Voir : *Des avancées sans précédent pour la profession de sages-femmes: Marisol Touraine annonce la création d'un statut médical de sages-femmes des hôpitaux*, <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/communiqués/2322/des-avancees-sans-precedent-pour-17113.html>, consulté le 29 août 2014.

Cette sage-femme qui a travaillé dans « les cités les plus dangereuses » et qui est « sur le secteur » depuis dix-huit ans, décrit l'agressivité des patientes présumées roms comme un moyen pour obtenir des professionnels hospitaliers qu'ils effectuent des tâches qui ne relèvent pas de leurs missions professionnelles habituelles ; dans son cas, il s'agirait de tâches administratives. Elle dit résister à ces comportement qu'elle estime, comme nous le verrons bientôt, contraire à son « éducation ».

« [Les Roms] ils sont très agressifs, pour tout et n'importe quoi. Ça commence à l'administratif, on leur explique qu'elles ont la CMU mais que si il n'y a pas de maternité, la CMU ne prend pas en charge. Rien que ça, elles veulent pas faire de papiers. Elles veulent tout avoir mais sans faire de l'administratif, il faudrait leur faire. On explique qu'il faut faire ça. Moi, je suis la sage-femme, j'ai un rôle social etc., mais je ne peux pas aller à la sécu à leur place pour faire leurs papiers. Si on ne leur fait pas, elles vont m'agresser pour ça. » Mme Costa, ~40 ans, sage-femme, service de gynéco-obstétrique, Clinique privée E.

Dans le même ordre d'idée, l'urgentiste italien de l'Hôpital public A, le docteur di Sotto, raconte comment une famille présumée rom aurait cassé la porte d'entrée du service des urgences. La violence aurait eu, ici, directement pour objectif d'entrer dans le service en dépit de l'interdiction formelle opposée par l'équipe soignante.

« Tu vois la porte, là, qui est cassée ? C'était un Rom, donc on a appelé plusieurs fois la police pour eux, parce qu'ils sont quand même absolument ingérables parfois. (...) Y'avait quelqu'un qui criait, "j'ai mal, j'ai mal", c'était rien, c'était de la comédie, parce que beaucoup de fois, ils font la comédie. La famille était dehors. Nous, on a expliqué qu'on allait examiner la patiente, donc il fallait pas casser les bonbons. Je veux dire, j'examine, après on parle. Quelqu'un a cassé la porte parce qu'il voulait entrer, donc police et tout ça... Mais avec les Roms, c'est fréquent. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

Notons qu'au cours de notre présence dans ce service, puis lors d'une discussion avec une interne qui y avait effectué un stage⁴⁶⁷, nous avons recueilli quatre récits différents pour expliquer cette porte cassée. Seul le récit du docteur di Sotto mettait en cause une « famille rom ».

Les praticiens hospitaliers présentent ainsi la violence des patients présumés roms à leur endroit comme un moyen, pour ces usagers dénués de capital culturel, de s'imposer dans la relation de soin. Or, ce comportement perçu comme agressif pourrait être considéré comme une tentative de composer avec l'ordre institutionnel établi : *« l'attitude du malade obéit à une logique propre,*

⁴⁶⁷ Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

irréductible à celle des professionnels mais à laquelle il n'y a pas lieu de refuser sa rationalité. Dans son difficile rapport à une institution dont il sait le pouvoir, le malade, semblable en fait à chacun d'entre nous tentant de composer avec l'ordre établi, s'efforce de conserver, même par la duplicité, une partie de la maîtrise de la situation. »⁴⁶⁸ Les professionnels hospitaliers devraient être habitués à ces formes de résistance de la part des patients et des accompagnants. De plus, au vu de la récurrence des propos relatifs à la violence à l'hôpital et tout particulièrement aux urgences, il semble *a priori* étonnant que les médecins s'attardent autant sur l'agressivité des patients qu'ils identifient comme roms. En quoi les patients présumés roms se distinguent-ils des autres patients susceptibles d'utiliser la violence ou l'agressivité comme ressource à l'hôpital ?

En vérité, les patients présumés roms seraient parmi les très rares patients à oser exprimer leur insatisfaction directement auprès des médecins. D'après Nicolas Belorgey, l'indisponibilité des médecins fait que ce sont généralement les personnels paramédicaux qui doivent faire face aux réclamations, à l'angoisse, voire à l'agressivité des patients : *« les médecins de leur côté, préoccupés par leur diagnostic, par leurs relations avec leurs confrères des autres services ou établissements pour l'hospitalisation, etc., ne sont pas toujours aussi disponibles pour les patients [que les paramédicaux]. Ce sont donc aux paramédicaux, et singulièrement aux infirmières, que revient le plus souvent la charge de gérer l'attente du patient et de ses proches, entre leur angoisse et la faible disponibilité des médecins.* »⁴⁶⁹ Les personnels paramédicaux que nous avons rencontrés s'accordent effectivement à dire que les patients expriment bien plus ouvertement leur insatisfaction, voire leur colère auprès d'eux qu'auprès des médecins. Ils mettent en exergue la différence qu'ils constatent dans le discours du patient, selon qu'il s'adresse à eux ou aux médecins : les patients n'oseraient pas adresser aux médecins les reproches qu'ils expriment ouvertement auprès des personnels paramédicaux, du fait du prestige toujours lié à la fonction médicale. Ils constatent ainsi quotidiennement l'inégal respect que leurs professions respectives inspireraient aux patients.

⁴⁶⁸ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 250.

⁴⁶⁹ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 229.

« L'agressivité des patients, elle rejaillit d'abord sur nous et puis les patients ne s'adressent pas à nous comme ils s'adressent aux médecins. Le médecin, même si son statut n'est plus le même qu'autrefois, ça reste le médecin. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

« La blouse blanche [du médecin], c'est quelque chose qui calme, vraiment, c'est, souvent quand les patients nous reprochent que le médecin va pas assez vite, c'est nous qu'ils viennent voir et c'est avec nous qu'ils vont commencer à être agressifs et des fois on leur dit "mais écoutez, adressez-vous au médecin si vous êtes pas d'accord avec ce que fait le médecin, adressez-vous à lui", et dès que le médecin arrive "ah pardon, excusez-moi". Y'a encore un respect du médecin qui est un peu moins fort qu'il y a quelques années, on est plus sur la toute-puissance du médecin mais quand même on sent la différence. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Les personnels paramédicaux devraient ainsi supporter et gérer seuls le mécontentement, voire l'agressivité des patients. Et ce phénomène ne s'observe pas uniquement aux urgences, dans les services d'hospitalisation les infirmiers présentent également l'attitude des patients comme beaucoup plus agressive envers eux qu'à l'égard des médecins – pour lesquels les patients auraient un plus grand respect.

« Nous, on est là toute la journée aussi. On entend les angoisses, les peurs, les mécontentements et les satisfactions aussi. (...) Nous, on prend tout et quand le médecin est là, il n'est que de passage, il n'est pas là longtemps. Des fois, [les médecins] ils passent et ce qu'ils [les patients] nous ont dit à nous, ils ne vont pas le répéter. En général, on se charge de faire la communication, même si les patients ne nous le disent pas. Ils respectent plus le médecin que le personnel paramédical, souvent c'est ça. » Donia, 25 ans, infirmière, service de chirurgie, Clinique privée E.

On en déduit par conséquent que les médecins seraient généralement préservés de la violence et de l'agressivité des patients du fait de leur autorité professionnelle et du prestige que leur fonction inspire aux usagers en général. Leur appartenance à la classe sociale dominante leur permettrait d'entretenir des relations policées avec les patients « actifs » des classes supérieures et de bénéficier de la position de soumission à leur égard des patients appartenant aux classes plus modestes. Seuls les patients qu'ils identifient comme roms se montreraient agressifs et virulents à leur égard, sans respect pour leur position dominante tant d'un point de vue professionnel que d'un point de vue social. Ces usagers présumés roms sont par conséquent considérés comme particulièrement difficiles par les médecins : non seulement ils se comporteraient de façon « active » lors de la relation de soin, mais en plus ils manifesteraient librement leur mécontentement auprès d'eux sans

respect pour leur position dominante. Ils constitueraient en quelque sorte une nouvelle « classe dangereuse »⁴⁷⁰ aux yeux des praticiens hospitaliers. Afin de « sauver la face »⁴⁷¹ et rétablir leur position dominante dans la relation de soin, nous allons constater que ces médecins tracent alors une frontière raciale à l'encontre des usagers qu'ils identifient comme roms.

3.2. La « neutralisation »⁴⁷² des patients présumés roms

Au dire des médecins interrogés, le comportement des patients identifiés comme roms, leurs exigences de prescriptions ou leurs refus de se faire hospitaliser, ne seraient pas le résultat de décisions « libres et éclairées », mais les exigences opportunistes de « mauvais pauvres » visant à profiter des ressources médicales à disposition. Ces exigences perturberaient le déroulement normal de la relation de soin, compliqueraient la prise en charge médicale et mettraient à l'épreuve leur autorité professionnelle ; et ce, d'autant plus qu'elles seraient formulées de façon particulièrement agressive. Les enquêtés affirment leur méfiance, leur crainte *a priori* vis-à-vis de la violence potentielle des usagers qu'ils identifient comme roms. Ils expliquent ouvertement les dysfonctionnements de la relation de soin établie avec ces patients présumés roms par des références à la culture, à la mentalité ou au mode de vie présumés des patients identifiés comme roms. La racialisation du comportement des patients présumés roms leur permet alors d'expliquer leur comportement « actif » durant la consultation médicale sans, pour autant, les gratifier de l'attention réservée aux patients perçus comme issus des classes moyennes et supérieures. Le comportement des patients présumés roms est présenté comme incompréhensible, irrationnel, enfantin car résultant de références culturelles trop différentes⁴⁷³. La frontière morale tracée autour des patients définis comme roms trouve alors son pendant racial.

⁴⁷⁰ Stéphane Beaud et Michel Pialoux, *Violences urbaines, violence sociale*, op. cit.

⁴⁷¹ Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, op. cit.

⁴⁷² Dans la théorie parsonienne, « cette "neutralisation" du malade a pour corollaire la forte autorité du médecin et l'autonomie qui lui est conférée. » Florent Champy, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 46.

⁴⁷³ « Pour un médecin ça ne serait pas facile de trouver les fondements d'un racisme [biologique]. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

3.2.1. La racialisation pour sauver la face

Les médecins rencontrés voient dans le comportement jugé agressif des patients présumés roms une menace pour l'équilibre de la relation de soin et redoutent de se faire dominer par ces patients. Le docteur Leroy parle par exemple de « tentative d'inverser les rôles de dépendance » pour expliquer le comportement jugé menaçant des patients présumés roms au cours de consultations médicales.

« Je pense que c'est une tentative d'intimidation, ce qui est vrai c'est que c'est peut-être une tentative d'inverser les rôles de, de dépendance. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Carl, l'interne de médecine générale qui faisait référence à « une menace au-dessus de [s]a tête » pour qualifier l'attitude des accompagnants d'enfants identifiés comme roms, parle très clairement de la possibilité de perdre sa position dominante dans la relation de soin, du fait de l'« agressivité » de ces patients. Tout comme le docteur di Sotto.

« Là, on est dominés c'est-à-dire qu'on va tout faire en sorte pour pas qu'il y ait d'agressions, pour pas que ça se passe, ça se déroule mal et que ça se passe au mieux pour l'enfant ou même pour l'adulte. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Il faut pas se faire dominer parce que sinon tu t'en sors plus. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

Anne Véga remarque que « *les écarts répétés [des malades étrangers] par rapport aux comportements normaux et attendus dans la culture hospitalière française sont souvent ressentis [par les soignants] comme une menace ou comme une volonté consciente de remettre en cause la légitimité des savoirs et des façons de travailler des soignants* »⁴⁷⁴. Les médecins rencontrés interprètent effectivement le comportement des patients présumés rom comme une remise en cause de leur autorité professionnelle et réagissent en conséquence : ils s'emploient à réaffirmer leur position dominante dans la relation de soin.

Julia Montiverdi est une interne de médecine générale de vingt-sept ans qui déclare lors de l'entretien avoir « plutôt une attirance pour ces gens » en parlant des patients qu'elle identifie comme roms⁴⁷⁵. Elle renverse la perspective en estimant

⁴⁷⁴ Claire Manicot, « L'accueil des étrangers à l'hôpital », *op. cit.*, p. 33.

⁴⁷⁵ « J'ai fait un stage, parce qu'on doit faire un stage chez les médecins de ville et puis là je suis allée dans l'Essonne, donc je suis tombée sur un mec génial qui bossait vachement avec les Gens du voyage en fait, mais des Gens du voyage français, pas des Roms, et là j'ai eu un peu un coup de cœur. (...) Après [pour mon stage suivant], je me suis dit à

qu' « avec personne [aucun autre patient], y'a cette agressivité à ce point » de la part des soignants, alors qu'à ses yeux le comportement des patients qu'elle identifie comme roms à l'hôpital s'explique tout simplement – et comme pour tous les autres patients – par l'angoisse, la crainte de ne pas être correctement pris en charge.

« Enfin je trouve que, vu les conditions de vie qu'ont les Gens du voyage et les Roms, on peut pas, enfin, et en fait, cette manière de venir tout le temps te demander en permanence, pour moi c'est de l'angoisse quoi, enfin c'est pas, alors y'a peut-être plus d'expression, mais moi c'est un truc que j'aime bien les gens qui s'expriment aussi, mais je trouve vraiment que c'est de l'angoisse, c'est-à-dire que ils ont, ils ont peur que les choses soient mal faites, tout simplement, aussi parce que ils sont dans une société où, à chaque fois qu'ils font un truc, c'est pas bien, enfin... » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Pourtant, tout en étant donc plutôt « touchée par ces gens » et tout en tenant ce discours raisonnable sur les causes de leur agressivité perçue, Julia Montiverdi raconte avoir eu peur d'être entourée par les accompagnants d'un patient présumé rom lors d'une consultation à l'hôpital. Elle explique que, malgré le désagrément, elle n'a « pas lâché », elle n'a pas cédé à sa peur.

« C'est vrai que c'est hyper désagréable, quand toi tu fais bien ton truc, moi à un moment y'avait six personnes [roms] autour de moi, je me suis dit "ok", mais en fait, j'ai pas lâché, je me suis dit "ok, c'est bon, ça va, j'ai pas peur, on y va !". » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Cette réaction illustre la théorie d'E. Hughes selon laquelle la légitimité du pouvoir des membres des professions établies – ici, les médecins – n'est pas une donnée de leur relation à autrui, « une conséquence non discutée de la situation »⁴⁷⁶, mais le résultat d'une « lutte victorieuse »⁴⁷⁷ face aux clients ou usagers. De fait, les médecins ne restent pas indifférents face au défi que représentent les comportements jugés agressifs – et donc déviants – des patients identifiés comme roms. Ils y répondent par un discours infantilisant et infériorisant. Comme nous le mentionnions, la sage-femme de la Clinique E qui interprétait l'agressivité des patientes présumées roms comme un moyen de l'obliger à « faire leurs papiers » trace une frontière morale très nette autour du

[l'hôpital public M], je savais qu'il y avait beaucoup aussi de populations roms et de Gens du voyage et une nana qui était passée là-bas m'a dit "tu vas voir, y'en a plein !", mais bon c'est plutôt que ça les gonfle [les soignants de cet établissement] qu'autre chose. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

⁴⁷⁶ Florent Champy, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 57.

⁴⁷⁷ *Ibid.*

groupe « rom » en déclarant que le recours à la violence « ne fait pas partie de notre éducation à nous ». La référence au comportement enfantin de ces patientes achève d'explicitier le discrédit de ces patientes à ses yeux.

« On essaie de rester calme [face aux Roms], on essaie de rester calme parce que si jamais on s'énervé, nous, on va mal le vivre, ça va nous travailler. C'est pas notre éducation à nous. Y'en a qui se comportent comme des enfants, ils vont vous tester. » Mme Costa, ~40 ans, sage-femme, service de gynéco-obstétrique, Clinique privée E.

En s'attribuant le rôle dominant dans cette relation « parentale », Mme Costa relègue les « Roms » à une place inférieure d'enfants capricieux, turbulents et irresponsables. Le docteur di Sotto utilise le même processus d'infantilisation lorsqu'il rapporte l'incident de la porte cassée. Il qualifie la plainte d'une patiente présumée rom de « comédie » et estime que les membres de sa famille ne doivent pas lui « casser les bonbons » à ce sujet⁴⁷⁸. Comme le soulignait Colette Guillaumin, la frontière est alors mince entre infantilisation et racialisation⁴⁷⁹.

Pour Pierre-André Taguieff, « *le principal mode de stigmatisation consiste dans l'attribution à tel ou tel groupe "étranger" d'une nature "dangereuse" pour le groupe propre ou d'appartenance. Incarnation de la menace, voire d'une menace de mort, la catégorie extranéisée dérive vers celle de l'ennemi absolu, face auquel toutes les mesures d'autodéfense sont justifiées, voire prônées.* »⁴⁸⁰ De même, Ariane Chebel d'Appollonia considère que « *la peur est un élément consubstantiel au racisme* »⁴⁸¹. La question de l'agressivité prêtée aux patients présumés roms par les professionnels de santé interrogés vient illustrer cette proposition. D'ailleurs, le docteur di Sotto et l'interne Carl interprètent tous les deux cette agressivité comme une caractéristique « ethnique » des « Roms », ce qui lève toute ambiguïté sur le processus de racialisation alors en cours.

« [Est-ce que] ça vient de leur mentalité, de, voilà de leur mentalité, de leur, de leur ethnique (...) ou est-ce que c'est pour, justement se protéger un peu d'un, d'un pays inconnu où ils

⁴⁷⁸ Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

⁴⁷⁹ « *La thématique de l'irresponsabilité, de l'immaturité, de la faiblesse intellectuelle ou physique qui est celle même de l'enfance est largement révélée par l'usage de la forme "comme" dans leur description ; sous des prétextes variés, les femmes, les nègres, les ouvriers, les pauvres sont dits être "comme des enfants", littéralement des enfants.* » Colette Guillaumin, *L'idéologie raciste*, op. cit., p. 155.

⁴⁸⁰ Pierre-André Taguieff, *Le Racisme*, op. cit., p. 65.

⁴⁸¹ Ariane Chebel d'Appollonia, *Les racismes ordinaires*, op. cit., p. 24. « *A l'origine de tout racisme, il y a donc un sentiment de différence, que cette différence soit réelle ou fantasmée, repérable ou imposée (rouelle, étoile jaune...). Ce sentiment alimente l'altérité la plus élémentaire, tant au niveau individuel que collectif (...). Mais, à moins d'estimer que le racisme se réduise à l'altérité – ce qui renvoie aux limites d'une définition trop extensive –, cette relation différentielle doit être complétée par deux croyances qui fondent l'hétérophobie ou l'ethnophobie : les différences sont permanentes et insurmontables, l'Autre peut être une menace.* »

sont, ils sont largués là ? » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Ils sont très agressifs, c'est la seule ethnie vraiment agressive. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

Le docteur Pahn, quant à lui, explique le comportement parfois « méchant » des patients qu'il identifie comme roms par leur mode de vie « différent ». La frontière Nous/Eux est ici explicitée par la mention de l'incompréhension potentielle entre les membres de la société majoritaire et les « Roms ».

« Les Tsiganes, ils sont différents de nous parce qu'ils vivent différemment, mais ils ont autant de cœur et de sincérité que n'importe qui. Et, vraiment, c'est des gens gentils, ils ne sont pas méchants mais ils peuvent le devenir quand ils sentent qu'il y a un mur, qu'on ne les comprend pas. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

La racialisation du comportement des patients présumés roms à l'hôpital fait donc porter la faute du déroulement « anormal » de la relation de soin sur ces usagers. Les patients identifiés comme roms ne joueraient pas correctement leur « rôle de malade » (*sick role*⁴⁸²) du fait de leur spécificité culturelle présumée. Ils ne seraient alors pas à blâmer en tant que « Roms » directement, mais en tant que « mauvais patients » parce que présumés roms. Gaëlla Loiseau remarque que l'argument culturaliste est fréquemment employé dans le cas d'usagers présumés roms : « *une étude sur les discriminations dans l'accès aux soins vient corroborer ces représentations en mentionnant que les Tsiganes, étrangers ou non, sont régulièrement présentés comme les plus difficiles des patients, d'un point de vue relationnel* »⁴⁸³. Il permet aux professionnels hospitaliers, et notamment ici aux médecins, de « sauver la face »⁴⁸⁴ lorsqu'ils sont confrontés au comportement de patients présumés roms dont ils estiment qu'ils présentent une menace pour leur position dominante dans la relation de soin.

Ce discours sur la distinction entre « bons » et « mauvais » patients est autorisé par l'institution, même lorsqu'il est fondé sur une catégorisation raciale des patients. La catégorisation récurrente des patients présumés roms parmi les « patients difficiles » par les enquêtes, catégorisation qui présente toutes les caractéristiques

⁴⁸² Talcott Parsons, *The social system*, op. cit., p. 477.

⁴⁸³ Gaëlla Loiseau, « L'accès aux droits relatifs à la santé et aux prestations sociales », in *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France: rapport d'étude de la Direction générale de l'action sociale*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2007, p. 155.

⁴⁸⁴ Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, op. cit.

cognitives du racisme⁴⁸⁵, est généralement suivie d'un discours sur la neutralité du soignant et l'égalité de traitement des patients⁴⁸⁶. Les « bons » patients comme les patients « difficiles » doivent être également reçus et soignés à l'hôpital. Ce discours sur le soin aveugle aux différences est le fondement même de la réaffirmation de l'autorité et du prestige des professionnels menacés par les pratiques des patients identifiés comme roms. « *Dès lors que quelqu'un assume une image de soi qui s'exprime à travers la face qu'il présente, il est censé s'y conformer. De différentes façons dans différentes sociétés, il doit faire preuve d'amour-propre, répudier certaines actions parce qu'elles sont au-dessus ou en-dessous de sa condition, et se forcer à en accomplir d'autres, même si elles lui en coûtent beaucoup* »⁴⁸⁷. En répétant leur attachement aux valeurs républicaines d'égalité d'accès aux soins et de non-discrimination, les professionnels restaurent leur supériorité dans la relation de soin en justifiant leur tolérance face au comportement « actif », voire « agressif », des patients présumés roms au nom de principes universalistes.

« Si [ton arrivée aux urgences] n'est pas justifiée, que tu sois jeune, vieux, blanc, noir, anglais, arabe, indien, tu seras traité de la même façon. Si t'as quelque chose de grave, même chose. Je crois qu'on fait pas de différence. Heureusement, l'hôpital c'est encore quelque chose qui reste en dehors des différents ensembles culturel, ethnique, moral, politique. Je ne sais pas pour combien de temps encore, mais pour l'instant. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

Eduardo Bonilla-Silva soutient que la défense de principes abstraits tels que l'égalité, la justice et la méritocratie, combinée au refus de reconnaître l'existence des discriminations raciales, permet aux Blancs de dissimuler leur racisme en accusant les minorités d'être responsables de leur situation défavorable. De fait, dans le cas qui nous intéresse, c'est la racialisation *a priori* des usagers présumés roms qui les désigne comme plus violents ou manipulateurs aux yeux des médecins, qui, de fait, ressentent alors la nécessité réaffirmer préventivement leur position dominante dans la relation de soin. D'après cet auteur, « *toute la beauté*

⁴⁸⁵ « La "pensée raciste" (...) se définit par la coprésence de ces trois opérations ou attitudes cognitives – essentialisation, exclusion symbolique, barbarisation –, articulées entre elles (...) ». Pierre-André Taguieff, *Le Racisme*, op. cit., p. 65.

⁴⁸⁶ Comme le note Mary Jackman « les groupes qui dominent les relations sociales s'efforcent de laisser l'hostilité hors de ces relations, non pas pour favoriser l'égalité, mais plutôt pour approfondir et sécuriser l'inégalité. Ils ont appris que la persuasion marche mieux que la force ». Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, op. cit., p. 71.

⁴⁸⁷ Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, op. cit., p. 13.

politique de la color-blindness en tant qu'idéologie est qu'elle permet aux Blancs d'affirmer leur vues raciales comme s'il s'agissait d'une question de principes, voire de morale »⁴⁸⁸. Ici, la proclamation par tous les soignants de leur attachement au principe central d'égalité de traitement à l'hôpital laisse effectivement penser que tous les patients seront traités de façon égalitaire, quelle que soit leur appartenance réelle ou présumée à un groupe ethnique ou racial.

Jean Peneff observe que les membres d' « *un groupe repoussoir qui tente de s'imposer par la revendication ou la menace ne bénéficie pas de la même tolérance* »⁴⁸⁹ que les autres usagers de la part des professionnels hospitaliers. Puisque les médecins interrogés semblent percevoir les patients présumés roms comme formant un « groupe repoussoir » répondant à la définition qu'en propose l'auteur, voyons maintenant les professionnels enquêtés parviennent à maintenir leur idéal d'égalité de traitement lors de leur prise en charge.

3.2.2. Le relationnel médical : la théorie et la pratique

*« La dimension relationnelle est un élément clé dans les services et en particulier à l'hôpital, notamment comme source de création de confiance dans les soins. »*⁴⁹⁰

Originellement, les « soins relationnels » constituent une spécificité historique du « rôle propre » des infirmières⁴⁹¹. En suivant E. Freidson, on pourrait dire que la fonction d'infirmière s'est construite et organisée autour du travail du médecin⁴⁹² : à celui-ci le soin du corps du malade, l'aspect purement technique et curatif du soin ; à l'infirmière le *care*, notamment dans sa dimension relationnelle. Le « relationnel » avec les patients ne semble donc *a priori* ni une prérogative, ni une priorité pour les praticiens hospitaliers. Pourtant, les médecins que nous avons rencontrés – en particulier ceux qui exercent dans des services d'urgences – déclarent qu'il leur est impossible de réaliser la prise en charge correcte d'un patient sans « relationnel » (*sic*). Ils énumèrent plusieurs enjeux du « relationnel

⁴⁸⁸ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, *op. cit.*, p. 80.

⁴⁸⁹ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, *op. cit.*, p. 79.

⁴⁹⁰ Dominique Phanuel, « Confiance dans les soins et soin de la confiance: la réponse relationnelle », *Politiques et management public*, 2002, vol. 20, n° 4, p. 117.

⁴⁹¹ Françoise Acker, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. », *op. cit.*, p. 129.

⁴⁹² Eliot Freidson, *La Profession médicale*, *op. cit.*, p. 62.

médical » : la nécessité d'obtenir des informations pour établir le diagnostic bien sûr, mais également la gestion du stress, voire de l'agressivité du patient, l'établissement d'un climat de confiance essentiel au bon déroulement de la relation de soin, ainsi que l'atténuation du rapport de domination inhérent à toute prise en charge hospitalière (pour qu'un échange constructif puisse avoir lieu entre les deux protagonistes). Comme le note Dominique Phanuel, « *"Soigner" la confiance par la relation nécessite de la part du personnel de contact de délivrer des informations aux malades et de leur manifester des attitudes et des comportements empathiques.* »⁴⁹³

« La [dimension] relationnelle, c'est beaucoup euh je dirais, il faut pas être avare de ses paroles avec le, les patients, parce que je pense que l'urgence, d'une part c'est angoissant pour le patient, d'autre part, ne pas parler ça les stresse davantage parce que ils ont l'impression... Ben, d'emblée ils vont avoir l'impression que c'est grave, et troisièmement ben parce que, humainement, il faut être en contact avec eux, et puis t'apprends plein de choses avec eux et ça les rassure et toi ça te permet aussi d'établir un contact probablement de confiance, et les choses s'établissent d'une façon un peu plus harmonieuse que la distance qui peut s'installer, qui peut 1/ aggraver une forme d'inquiétude du patient, 2/ majorer une agressivité qu'il pourrait avoir. » Dr. Nawel Zaidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Y'a la culture qui rentre en jeu, y'a certaines règles de vie, y'a plein de choses qui interviennent dans cette relation [entre patient et soignant], (...) de l'écoute, un peu d'empathie mais vraiment de l'écoute et puis des temps de parole entre chacun et un échange. C'est-à-dire faut pas que ça soit le médecin qui est détenteur du pouvoir, qui a une supériorité sur le patient et dire "voilà, c'est moi qui sais, c'est euh, vous, vous avez rien à m'apporter". C'est vraiment un échange et on doit écouter le patient, et puis voilà c'est vraiment un échange qui se fait, c'est, chacun apporte sa pierre à l'édifice et euh on arrive à construire quelque chose comme ça. (...) [C'est plus ou moins facile], ça dépend des hôpitaux, ça dépend des services, ça dépend de la population. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Tous les médecins rencontrés s'accordent sur le fait que cette partie « relationnelle » du soin est incontournable pour obtenir la coopération des patients, les amener à tenir leur « rôle de malade » dans cette interaction. Deux médecins remarquent que c'est particulièrement vrai avec les patients qu'ils identifient comme roms : prendre le temps d'expliquer ce qui se passe et comment va se dérouler la prise en charge facilite énormément la relation de soin. Notons que ces deux médecins ont un rapport spécifique aux usagers présumés roms puisqu'il s'agit du docteur Pahn, le « médecin des Roms » de la Clinique privée E

⁴⁹³ Dominique Phanuel, « Confiance dans les soins et soin de la confiance », *op. cit.*, p. 130.

et de Julia Montivedi, l'interne de médecine générale qui a eu « un peu un coup de cœur » pour les « Roms » et les « Gens du voyage » lors d'un stage chez un généraliste.

Cette dernière explique que la prise en charge réussie d'un enfant présumé rom aux urgences passe nécessairement par l'apaisement des craintes des membres de sa famille. Selon elle, la discrimination dont les « Roms » seraient victimes en général dans la société française provoquerait chez eux une méfiance quant à la qualité potentielle des soins dispensés à l'un des leurs. On retrouve l'idée selon laquelle l'agressivité des patients présumés roms aurait un lien avec le désir d'obtenir les meilleurs soins possibles⁴⁹⁴, mais il ne s'agit pas, pour Julia, de tentatives d'intimidation de la part des usagers identifiés comme roms, mais plutôt de la « peur qu'on s'en occupe mal [d'eux] ».

« Avec leurs enfants, c'est vrai qu'il y a beaucoup d'anxiété parce que je pense qu'ils [les Roms] sont tellement rejetés qu'ils ont peur qu'on s'en occupe mal, mais à partir du moment – c'est exactement comme à la campagne – à partir du moment où on a montré qu'on s'en occupait et qu'ils nous faisaient un peu confiance... Enfin, moi j'adore, j'adore bosser, enfin je sais pas, c'est des gens qui me touchent à chaque fois et je trouve qu'il y a un truc tellement simple de juste montrer qu'on s'occupe d'eux, qu'on les respecte, que, ok ils ont pas de prise en charge, on va faire ça, on appelle, on fait ça, on fait ce qu'il faut et, tout d'un coup, ça change complètement quoi, dans le rapport. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Le docteur Pahn, propose le même type d'analyse : les patients présumés roms refuseraient d'adopter le comportement qu'on attend d'eux dans les établissements de santé, et notamment celui de se fier aux injonctions du médecin parce qu'ils auraient le sentiment qu'« on ne les aime pas ». Il revient, à plusieurs reprises au cours de l'entretien, sur l'idée que faire l'effort de les comprendre, de « se mettre à leur niveau » et prendre le temps de leur expliquer en quoi consiste leur « rôle de malade », favoriserait le bon déroulement de la relation de soin établie avec eux.

« La première chose qu'ils disent [les Roms] c'est qu'on ne les voit pas, qu'on ne les aime pas parce que... (...) Franchement je le dis tel que je le pense, si on sait leur parler, les accueillir, discuter avec eux. Ils peuvent comprendre et s'adapter. Pas s'adapter mais comprendre notre volonté et accepter un peu notre mode de fonctionnement. Et donc ils peuvent le comprendre. (...) Du coup, parce que ils comprennent qu'on fait l'effort, ils sont prêts à le faire. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

⁴⁹⁴ Voir *infra* pp.207-218

« A partir du moment où ils ont compris qu'ils sont comme tout le monde, où ils ont compris qu'on a compris leurs différences, qu'on fait l'effort de les comprendre pour tout. (...) Il faut prendre en compte tout ça avant, le vécu, parce que si on ne le fait pas, on va dire que ce sont des gens différents et qu'ils sont ingérables. C'est complètement faux. Ils sont comme tout le monde et on peut les soigner, moi je soigne les Tsiganes, les Roms, tout le monde. C'est des gens gentils mais, si on n'a pas fait l'effort de les comprendre, ils peuvent être méchants, très méchants même. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Le relationnel est donc présenté, par ces deux professionnels un peu à part des autres enquêtés, comme incontournable lors de la prise en charge de patients identifiés comme roms. La discrimination dont ils seraient victimes et la méfiance ainsi engendrée à l'encontre de la société majoritaire formerait sinon un obstacle indépassable dans la relation de soin.

Pourtant, notre observation n'a pas permis de confirmer que le relationnel occupe cette place centrale dans la pratique quotidienne des médecins. Il semble que la partie relationnelle se résume en réalité, pour la majeure partie des praticiens hospitaliers aux inévitables questions relatives aux symptômes du patient, auxquelles s'ajoutent quelques formules de politesse. Le docteur Mallem, urgentiste de l'Hôpital public L, parle avec regret d'« une technicité de plus en plus importante de l'exercice médical qui fait que la partie humanité passe un peu en deuxième plan ».

« Un truc tout bête, de la vie de tous les jours, c'est la transmission des, les transmissions le matin ou le soir ; l'interne vous fait, ou même les jeunes seniors du service, vous font les transmissions au sujet de Madame Bonnet. Alors Madame Bonnet, on vous dit "voilà, tiens y'a Madame Bonnet", vous demandez son âge, ce qu'on vous donne pas, on vous dit le motif de recours et on passe tout de suite aux résultats des examens complémentaires. Donc l'anamnèse de l'histoire de Madame Bonnet, ne serait-ce que le motif pour lequel elle est là, les antécédents, vous les demandez, on vous les donne pas directement, dans la majorité des cas. L'histoire de Madame Bonnet, son contexte social, où sont les enfants, à quel étage elle habite, y'a un ascenseur, y'a pas d'ascenseur, les aide-ménagères, pas d'aide-ménagères, enfin bref, les informations que vous demandez, vous allez à la pêche. Par contre les examens complémentaires, on vous en abreuve, ils ne vous disent rien de Madame Bonnet, strictement rien, d'accord ? Voilà, on a pris l'aspect technique, d'accord, très organiciste de Madame Bonnet. Donc on a pris l'individualité de Madame Bonnet, l'individualité physique, mais la personnalité de Madame Bonnet dans toute son altérité, on n'en a rien à foutre. (...) Ça, c'est un élément tout à fait, tout à fait objectif de la prise en charge à l'heure actuelle, donc on est sur l'"evidence based medecine", d'accord, donc la médecine par la preuve. (...) Non seulement y'a une perte de liberté du médecin, mais y'a une perte de liberté du patient qui se trouve enfermé dans une organicité qui va très loin d'ailleurs parce que ça peut mettre en cause sa dignité, d'accord ? Puisque sa personnalité est ramenée à sa stricte individualité, d'accord ? Alors je dis pas que ce soit une mauvaise chose, je dis que s'arrêter à cette chose-là est extrêmement néfaste, voilà. Moi, je préfère voir l'histoire de Madame Bonnet, et puis les examens complémentaires concernant

Madame Bonnet m'intéressent évidemment mais dans un deuxième temps, d'accord ? » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

A cela une raison très simple, répétée par tous les médecins rencontrés, et tout particulièrement par ceux travaillant dans des services d'urgences : le manque de temps. Le docteur Bouzidi, médecin aux urgences de l'Hôpital public L, souligne ce point. Il est né à Alger en 1970, est arrivé en France à l'âge de dix ans. Il entreprend des études de médecine à Paris, concrétisant ainsi des intentions déclarées depuis l'enfance. Il envisage un temps la cardiologie mais n'obtient pas le classement requis au concours d'internat. Ses expériences de stage le dissuadent d'ouvrir un cabinet de médecin générale qui le contraindrait à devoir gérer lui-même les aspects administratif et comptable de son activité.

« Moi, je suis pas chef d'entreprise, j'ai fait médecine pour soigner les gens, et donc moi, très vite, y'a deux choses qui m'ont agacé, c'est la gestion de cabinet, le côté association des soins agréés, la comptabilité etc., c'est juste insupportable ! Quand on a fait médecine, c'est juste insupportable ! Et le deuxième truc, c'est la relation au patient qui a la fin de la consultation devait vous donner de l'argent, enfin fallait avoir de la monnaie, enfin, voilà, et ça, très vite, ça m'a agacé. (...) Et les hasards de la vie font que un ancien chef de service où j'étais passé comme interne m'a contacté en disant "écoute [Khaled], ton stage s'est bien passé, on serait intéressés à, on a un poste à te proposer au jour d'aujourd'hui". » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Il accepte ce poste dans un établissement public de la région parisienne, suit une formation de médecine d'urgences et y reste jusqu'à ce que l'actuel chef des urgences de l'Hôpital public L le débauche. Il est, au moment de l'entretien, depuis huit ans praticien hospitalier dans ce même service. Pour lui, « le relationnel, c'est fondamental » mais le flux des entrants ne lui permet pas toujours de mettre en pratique cette interprétation personnelle de la relation de soin idéale.

« Alors j'essaie vraiment, dans ma pratique à moi, et alors, mon interprétation, c'est peut-être mon interprétation, peut-être que je me trompe mais ça fait maintenant, je vois l'an prochain ça va faire huit ans que je suis dans le service, euh, y'a régulièrement des lettres de réclamation de patients etc. En huit ans, y'en a eu une seule, une patiente dont je m'étais occupée (...). Or, je sais pertinemment que y'a certains collègues qui ont un certain nombre de lettres de réclamation. Je dis pas que je suis meilleur que les autres, ce que j'essaie de faire, en tout cas dans mes gardes, dans les journées, etc., c'est de donner de l'info. Ce qui stresse les gens, c'est de pas savoir. (...) Après, c'est vrai que la difficulté qu'on a aux urgences, je trouve, c'est de prendre le temps, parce que, comme justement le flux est tel que ben, des fois, malheureusement on n'a pas, on n'y arrive [pas]. C'est pas qu'on veut pas, c'est juste que, techniquement, il faut passer au patient suivant etc., et donc ça, c'est difficile. » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

D'après le docteur Bouzidi, le flux continu et intense de patients aux urgences constituerait le principal obstacle au relationnel : le temps à consacrer à chaque

patient serait d'autant plus réduit que le flux serait important. Si la fréquentation des services d'urgences a effectivement augmentée de 30 % au cours des dix dernières années⁴⁹⁵, cela n'explique que partiellement le peu de temps que les praticiens hospitaliers dédient aux patients du service. En réalité, les interactions directes avec le patient ne constituent qu'une tâche parmi d'autres pour les médecins hospitaliers. Dès les années 1970, Geneviève Picot, dans son étude des relations entre médecins et personnel infirmier, souligne que, « *la présence médicale dans les services est faible, le temps des médecins accordé aux hospitalisés reste limité à celui de la visite, les infirmières assurant la surveillance quotidienne des malades.* »⁴⁹⁶ Dans un article daté de 1995, Jean Peneff indique que les médecins des services d'urgences « *consacrent, en moyenne, pour chaque cas, plus d'une heure à la communication écrite ou orale avec leurs pairs ou avec les administratifs (lire ou rédiger un dossier, téléphoner pour trouver un lit, organiser le transfert ou la sortie du malade) contre 15 à 20 minutes occupées par l'examen clinique et les soins. S'ils consacrent quatre fois plus de temps à la gestion du flux des patients, à leur orientation au sein de l'établissement, à la transmission des diagnostics, c'est dire l'importance du jugement pour la sélection des malades, l'ampleur de la division du travail médical, le poids de la spécialisation dans l'organisation. Le traitement administratif est plus lourd et plus accaparant que le traitement curatif* »⁴⁹⁷. En 2010, une étude allemande s'est penchée sur le temps consacré par vingt-cinq pédiatres aux différentes tâches qui leur incombent dans un service hospitalier. Les auteurs remarquent que « *le temps moyen de travail était de 9 heures 18 minutes par jour. Les pédiatres en passaient la plus grande partie en réunions (29,8 % du temps), en tâches indirectes : lettres et notes diverses y compris administratives (17,5 %), écritures liées aux soins et documentation (12,7 %) mais aussi travail infirmier, marches, attente de dossiers, problèmes informatiques et autres. En contraste, le temps consacré directement aux patients était réduit : examens cliniques (9,2 %), dialogues avec les enfants ou*

⁴⁹⁵ « Chapitre XII. Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser », in *La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris, Cour des comptes, 2014, p. 351.

⁴⁹⁶ Geneviève Picot, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public: un rapport social instable - Le cas de deux services hospitaliers », *op. cit.*, p. 86.

⁴⁹⁷ Jean Peneff, « Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », *op. cit.*, p. 126.

les familles (4 %). Les auteurs concluent sur une évidence : les pédiatres consacrent peu de temps direct aux patients, ce qui retentit sur la qualité des soins. »⁴⁹⁸ Les observations conduites dans différents services d'urgences de la région francilienne nous conduisent aux mêmes conclusions : les médecins passent un temps considérable en réunions, formations, tâches administratives et informatiques, consultations de collègues, etc. Le rythme de travail quotidien et la multiplicité des tâches à réaliser ne permettent en réalité aux médecins de consacrer qu'une infime partie de leur temps au « relationnel » avec les usagers. Et ce, même si certains professionnels interrogés se disent conscients de l'abaissement de la qualité de la prise en charge que cela provoque⁴⁹⁹.

Or, les « mauvais patients », les « patients difficiles » – parmi lesquels les enquêtés placent majoritairement les patients qu'ils identifient comme roms – sont précisément catégorisés ainsi parce que leur prise en charge requiert plus de temps, plus d'efforts. Lorsqu'ils expliquent dans quelles situations ils se voient contraints de poser des limites à la pratique du « relationnel », les praticiens hospitaliers font référence à des patients qui présentent les mêmes caractéristiques que les « Roms » : des patients « actifs » qui les sollicitent beaucoup, des accompagnants envahissants qui s'inquiètent exagérément pour leur proche, des usagers agressifs. Le docteur Mensah, gynéco-obstétricien à l'Hôpital public G, qui considérerait que les patientes présumées roms faisaient preuve d'indiscipline en refusant d'être hospitalisées, remarque que les patientes qui posent trop de questions en consultation le mettent en retard sur son planning.

« Quand on a dépassé quinze minutes de consult[ation], on est déjà à vingt minutes, "Madame, vous posez trop de consultations, euh de questions, est-ce que vous pouvez pas garder ça [pour] quand vous revenez me voir la prochaine fois ? Parce que là, on est à plus de vingt minutes". Je peux le dire [à la patiente], ça peut être mal pris. » Dr. Luc Mensah, ~45 ans, gynécologue-obstétricien, service de gynéco-obstétrique, Hôpital public G.

Le docteur Mensah anticipe une réaction négative de la part de la patiente dont il souhaite écourter la consultation médicale pour respecter son planning de rendez-vous. De même, Julia Montiverdi, l'interne « attachée aux Roms », constate qu'elle

⁴⁹⁸ Madeleine Estryn-Behar, François Leimdorfer, et Geneviève Picot, « Comment les médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail - Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale », *Revue française des Affaires Sociales*, 2010, vol. 4, n° 4, p. 46.

⁴⁹⁹ « Même si la qualité de tes soins ne va pas changer en termes de technicité, la qualité de tes soins en termes de soutien psychologique et de communication, ça va changer, ça c'est sûr. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

peut facilement se faire déborder par des patients qui lui « raconte[nt] [leur] vie » en consultation.

« Après, moi je dirais que ça peut m'arriver, tu vois, quand c'est sûr que la personne qui commence à te raconter toute sa vie et que, toi, tout à coup, t'es en train de te dire "mais... ?" (rires) "Là, y'en a trente-cinq qui attendent, je vais pas y arriver", t'as des moments comme ça où effectivement t'as du mal à te dire "ok, focus, on y va". » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Le docteur Halima Younes raconte avoir quelques fois pris en charge des patients qu'elle identifie comme roms au cours d'un stage d'internat dans un hôpital de l'Est de la région parisienne. Selon elle, même si ces patients sont « très demandeurs, très présents », prendre le temps de leur expliquer ce qui se passe permet en général d'apaiser la situation.

« [Les Roms] c'est des gens qui sont très demandeurs, qui sont très présents euh qui posent vraiment toutes les questions, tout ça, donc euh mais c'est des gens qui sont très à l'écoute et qui, dès qu'on leur explique les choses, tout se passe bien. Je sais qu'il y avait une appréhension au départ, parce que c'est vrai qu'on entend beaucoup de choses autour, et notamment, une fois, on avait été sur, en intervention au SMUR, en fait, dans un camp, et tout le monde disait "faites attention, on n'y va pas sans la police !", et tout ça, et puis finalement, dans le camp, ça s'est très, très bien passé euh y'a pas eu de problème particulier. Du moment qu'on explique, qu'on dit, voilà, enfin, après je pense que les gens, ils comprennent. » Dr. Halima Younes, 40 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Le docteur Younes dit avoir « toujours baigné » dans le milieu hospitalier car il y a « une bonne partie de [s]a famille qui est plutôt dans le paramédical ». Elle découvre le « milieu des urgences et du SMUR » juste avant l'internat et choisit de poursuivre dans cette voie. A la fin de ses études, elle postule aux urgences à l'Hôpital public L et obtient le poste de praticien hospitalier contractuel qu'elle occupe toujours six ans après. Elle qui déclare que « dès qu'on leur explique les choses [aux patients roms], tout se passe bien » avoue, à propos de l'attitude des accompagnants, que « parfois, c'est un peu trop ».

« Moi, j'imagine même pas qu'on puisse me toucher sans savoir pourquoi ! Donc, enfin je trouve que c'est normal que les gens posent des questions, qu'on leur explique. Mais c'est vrai que, parfois, c'est un peu trop, c'est-à-dire que c'est une personne, c'est la deuxième qui vient pour poser [une question], la troisième, et là, nous, on peut pas. On ne peut pas ! On ne peut pas parce qu'on n'est pas disponible, parce qu'on a d'autres patients, parce que parfois on a une situation un peu plus euh grave à gérer, donc on peut pas euh parler à tout le monde, expliquer à tout le monde. » Dr. Halima Younes, 40 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Ces professionnels présentent leurs conditions d'exercice (la durée normale d'une consultation, l'affluence, les conditions d'accueil des usagers) comme des

contraintes indépassables qui les empêchent de consacrer le temps qu'il faudrait aux « patients difficiles » que sont les patients présumés roms à leurs yeux. Pourtant, même si certains d'entre eux disent regretter cette impossibilité pratique de réaliser le « relationnel » dans de bonnes conditions, la plupart des médecins rencontrés contrebalancent ces insuffisances par la nécessité, pour être un bon praticien hospitalier, de savoir prendre ses distances vis-à-vis de son attachement envers le patient.

3.2.3. De la neutralité à la mise à distance

Le « relationnel » change alors de sens : il ne s'agit plus d'« être à l'écoute » du patient ou de « prendre le temps d'expliquer » mais de mettre en œuvre une « technique de communication »⁵⁰⁰ visant à recueillir les informations nécessaires à l'établissement du diagnostic. On en revient à une vision très parsonienne de la relation de soin : « *la neutralité affective fait partie du rôle du médecin en tant que scientifique. Le médecin doit traiter un problème objectif en des termes objectifs et justifiables scientifiquement. Par exemple, qu'il aime ou non un patient en particulier en tant que personne est censé être hors de propos, puisqu'il s'agit pour la plupart de problèmes purement objectifs relatifs à la façon de traiter une maladie particulière.* »⁵⁰¹ La neutralité et donc l'objectivité du praticien seraient les garanties de la qualité et de l'efficacité des soins apportés. L'instauration de cette distance servirait par conséquent « le bien du patient ».

« Y'a une distance parce que le patient, c'est quelqu'un de fragile par définition, même si sa pathologie est très peu grave, donc c'est toujours quelqu'un qui va vouloir resserrer l'espace entre eux et le soignant, pour créer quelque chose qui viendrait éponger la pathologie en fait. Comme si il pouvait se guérir uniquement par la création d'un lien. Donc, à nous de mettre de la distance avec ça pour euh une simple et bonne raison : faire ce qu'il y a à faire. C'est pour ça qu'on soigne pas sa famille, c'est parce qu'on ne sait pas faire ce qu'il y a à faire quand y'a un lien si fort. » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

Ces propos font parfaitement écho à la conception de la neutralité du médecin dans la théorie de T. Parsons : « *l'efficacité de ses décisions suppose qu'il ne se sente pas affectivement concerné par le cas à traiter, ce qui explique que de nombreux*

⁵⁰⁰ On retrouve ici les propos des jeunes infirmiers développés en conclusion du chapitre précédent, voir pp.181-188.

⁵⁰¹ Talcott Parsons, *The social system*, op. cit., p. 435. (Notre traduction).

médecins ne soignent par leurs proches. »⁵⁰². Dans le même ordre d'idées, l'interne Julia Montiverdi décrit la possible confusion entre l'attachement au patient et l'empathie – entendue au sens de technique de communication pure – comme un risque pour la réussite de la prise en charge médicale.

« C'est vrai que, quand quelqu'un te touche énormément, en général, c'est là que tu fais des conneries, ça c'est vrai. Parce que tu perds un, t'es trop impliqué, tu perds un, un truc euh... Enfin, moi, ça m'est arrivé d'avoir, y'a un moment je me disais "mais c'est horrible, à chaque fois qu'il y a quelqu'un où je m'attache vraiment, j'ai l'impression que ça se passe pas bien, ou y'a un truc qui se passe pas bien". Et en fait, je pense que c'est pas vrai, je pense que c'est un problème de pas mélanger les choses en fait, de pas mélanger l'attachement que tu vas avoir pour quelqu'un (...) – mais ça c'est ta sensibilité – et l'empathie pure, c'est une technique, c'est pas autre chose, c'est une technique pour moi de, de communication quoi... » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Renée C. Fox traite de la question des aspects émotionnels du travail médical par le biais de l'apprentissage, par les étudiants en médecine, de la distanciation (*detached concern*)⁵⁰³. Cette norme de l'exercice médical « où les engagements émotionnels du praticien doivent être neutralisés »⁵⁰⁴ permettrait d'atteindre un équilibre souhaitable entre objectivité et empathie à l'égard du patient. D'ailleurs, il est remarquable que tous les internes de médecine rencontrés dans les différents services enquêtés aient abordé cette question du détachement du médecin, de l'endurcissement nécessaire à la prise en charge « optimale » du patient. Carl, l'interne de médecine générale en stage d'internat aux urgences générales de l'Hôpital public L, reprend l'image – classique dans le milieu hospitalier – de la « carapace » pour décrire l'attitude de neutralité envers le patient que le médecin doit adopter pour prodiguer des soins de qualité.

« C'est une carapace, on s'endurcit, on prend du recul et c'est vrai que, plus les années passent plus on se, on met une barrière entre nous et le patient, pour son bien comme pour le nôtre, hein. (...) Parce que je pense que le, le fait d'être trop impliqué dans les soins, on a plus notre objectivité pour le soigner, être objectif vraiment pour la prise en charge optimale. On est trop impliqué dans le sentimental, dans le relationnel et je pense que y'a un porte-à-faux sur la qualité du soin apporté. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

⁵⁰² Florent Champy, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 44.

⁵⁰³ Renée C. Fox, « Training for Uncertainty », in *The Student-Physician; Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Harvard University Press., Cambridge, Mass., 1957, p. 207-241. Voir également: Isabelle Baszanger, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, 1981, vol. 22, n° 2, p. 223-245.

⁵⁰⁴ Danièle Carriaburu et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé*, op. cit., p. 46.

Quand nous la rencontrons, Myriam est interne de médecine générale en stage aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L. Dès le collège, elle décide de faire des études de médecine « peut-être en regardant [la série télévisée] "Urgences" ». Pourtant, alors que sa formation touche à sa fin, elle se pose des questions : « je ne suis toujours pas complètement sûre que c'est ce qu'il me faut ».

« Ah bah je sais pas, je me trouve super nulle souvent, je me, des fois ça me fait chier les gens qui t'engueulent machin... Enfin, c'est toujours pareil, ça dépend des journées que tu as passées, si tu passes une super journée où tu as réussi à aider des gens et que tu as réussi à faire des diagnostics et tout, tu es content, si tu passes une journée où tout le monde t'a engueulé parce que ci, parce que ça, parce que l'arrêt de travail, parce qu'ils attendaient et toi, t'as même pas réussi à régler un seul problème, t'as envie d'arrêter quoi. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Au vu des raisons pour lesquelles Myriam doute de son choix professionnel, trouver la « bonne distance » avec les patients, comprendre leurs problèmes tout en « restant à sa place », constituent clairement des enjeux importants pour elle.

« Faut savoir prendre de la distance avec les patients, avec leurs problèmes, avec leur façon de te parler, la position où ils te placent, soit trop "ah mon dieu, mon médecin, il sait tout", ou au contraire y'en a qui te prennent pour un prestataire de service donc voilà, faut, faut... Enfin, c'est ce qu'on appelle l'empathie quoi, faut savoir, juste pas partager les souffrances ou les problèmes de l'autre mais les comprendre tout en restant à ta place. (...) On nous en parle, on a des TD d'éthique, bon ça prend pas beaucoup de place dans le programme (rit) mais, mais c'est, à mon avis, deux semaines de TD d'éthique, et puis, on nous en parle petit à petit, après ça vient, tu t'en rends compte quoi... » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Fille de médecin, Pauline est une interne de chirurgie gynéco-obstétrique en stage à l'Hôpital L dans le même service que Myriam. Elle dit avoir choisi des études de médecine aussi bien pour l'intérêt intellectuel (« je trouve ça génial de savoir comment mon corps fonctionne ») que pour « la sécurité de l'emploi ».

« C'est un métier qui, tout en me garantissant je pense une certaine sécurité, me permettait de rester... fidèle à mes idées et de pas, voilà, de pas m'orienter vers le commerce ou quelque chose qui aurait pu m'éloigner de mes idées politiques, tout en, c'est vrai, me garantissant un avenir, c'est vrai, tout à fait correct et appréciable. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Alors qu'on aborde ensemble la question de ses premiers patients, elle raconte l'enseignement qu'elle a tiré des remplacements qu'elle a effectués en tant qu'aide-soignante durant ses études.

« En deuxième année, je faisais, pour me faire un peu de sous, des remplacements en tant qu'aide-soignante, dans un service de cancéro[logie] et, du coup, j'avais ces deux visions [de l'aide-soignante et de l'externe de médecine]. Et c'est vrai que je préférerais de beaucoup la vision du médecin (rires), parce que du coup ça me permettait de beaucoup moins

m'engager émotionnellement. En fait, mes premiers patients, c'était mes patients en tant qu'aide-soignante, c'était ceux qui m'ont peut-être le plus touchée, parce que je trouvais ça hyper dur moralement, c'était des patients de cancéro[logie] que je devais nourrir, laver, habiller, donc du coup, même si je connaissais quasiment rien de leur pathologie sur le plan technique, sur le plan... ouais, sur le plan émotionnellement et tout ça, ouais, c'était plus ça en fait mes premiers patients, parce que j'ai eu vraiment besoin d'aider, j'étais utile, j'étais pas en formation quoi, j'étais là pour les soigner vraiment, le soin au sens le plus simple, je pense. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Cette expérience nourrit sa réflexion quant à la distance entre médecin et patient. Selon elle, le détachement vis-à-vis du patient est le moyen, pour le médecin, de vraiment venir en aide au malade qui s'adresse à lui.

« T'es médecin, déjà les gens ont beaucoup plus de distance par rapport à toi, malgré le fait que tu crées un climat de confiance, ça c'est évident. De toutes façons, t'es pas là pour ça, t'es pas là, tu vas pas te mettre à pleurer avec les patients, c'est pas du tout ce qui va les aider. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Le détachement est donc globalement présenté comme une qualité professionnelle fondamentale à acquérir « pour le bien du patient ». Le témoignage de Pauline est toutefois troublant. Non seulement la distance « évidente » que les patients auraient vis-à-vis des médecins, d'après elle, rappelle l'incapacité des usagers à exprimer leur mécontentement de façon aussi virulente envers les médecins qu'envers les paramédicaux. Mais elle déclare franchement préférer « de beaucoup la vision du médecin » qui lui permet de « beaucoup moins [s]'engager émotionnellement ». Les praticiens hospitaliers ont également un intérêt à maintenir cette distance, notamment lors de la prise en charge des patients difficiles, tels que les « Roms » qui bousculent la hiérarchie de la relation de soin. On retrouve le même discours, sur la nécessité de maintenir une certaine distance entre le patient et le soignant, chez les médecins en poste depuis plusieurs années. Pour le médecin Tristan Kinhou, un médecin doit ainsi rester « froid » pour pouvoir traiter tous les patients de la même façon, quelles que soient leurs spécificités, ou leur catégorisation parmi les « bons patients » ou les « mauvais patients ». D'origine Camerounaise, le docteur Kinhou est issu d'une famille de médecins (père, frères et sœurs). Il arrive en France à l'âge de trente ans afin d'acquérir une spécialisation. Alors qu'il était chirurgien à Yaoundé, il se voit obligé de reprendre des études de médecine en France afin d'obtenir le droit d'exercer, ce qu'il qualifie de « très choquant ». Suite à des comportements racistes à son égard de la part de ses collègues, il décide de quitter Lyon pour

Paris. Puis, pendant deux années, il travaille pour le programme des nations unies pour le développement (PNUD) pour acquérir une expérience internationale.

« J'ai toujours eu une certaine passion pour l'humanitaire. J'ai été scout pendant mon enfance, j'ai fait plein de trucs qui vont dans ce sens-là. J'ai une énorme passion pour l'humanitaire et puis, à la fin de mes études médicales au Cameroun, je me suis dit "j'aimerais bien avoir une expérience internationale" (...). Pour avoir été en contact avec des, la famine, des endémies, des maladies, et puis par le biais de la télévision ou autre, je me suis dit que je voudrais bien voir comment ça se passe ailleurs, voir si je peux aider, travailler avec d'autres dans d'autres conditions, dans des conditions beaucoup plus difficiles et voir comment ça se passe. » Dr. Tristan Kinhou, 43 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Il déclare que cette expérience au PNUD lui a appris que, « dans les points fondamentaux, [la médecine] est universelle », mais que des différences mineures peuvent être observées dans la façon dont les médecins originaires de différents pays abordent les patients : « les approches sont différentes. Il y en a qui ont une approche un peu brutale, un peu directive, et l'approche plus cool, plus simple ». Puis, à son retour en France, il postule à l'Hôpital public G et obtient un poste de « faisant fonction d'interne » dans le service de pneumologie, puis au bout de six mois un poste d'assistant. Il intègre ensuite rapidement le service des urgences générales, qui est le service qui se rapproche le plus de l'activité qu'il exerçait au Cameroun, même s'il n'a plus le droit d'exercer en tant que chirurgien. Pour lui aussi, il est nécessaire d'être détaché des patients pour « penser médecine » et ainsi respecter le principe d'égalité de traitement.

« Il faut être le plus professionnel possible. Aux urgences quand même il faut être froid parce que sinon on s'oublie un peu. Il faut être froid avec tous les patients. (...) Il faut prendre tous les patients de la même façon, de façon détachée, et très professionnelle. Il faut penser médecine. » Dr. Tristan Kinhou, 43 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Le docteur Halima Younes, urgentiste à l'Hôpital public L, présente également l'instauration d'une distance entre le médecin et le patient comme la condition d'une prise en charge optimale pour tous les patients quels qu'ils soient.

« En fait, on essaie d'être pareils avec tout le monde en fait, donc si, si y'a des sentiments en plus, enfin je pense qu'on fait pas correctement [le travail], faut quand même qu'il y ait une certaine distance et un, et un recul pour euh, pour pouvoir soigner quelqu'un en fait. Si on commence à s'apitoyer sur le sort, je pense qu'on fait pas bien et on peut passer à côté de, de choses. » Dr. Halima Younes, 40 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

On trouve dans les propos de ces enquêtés la recherche d'une efficacité technique pure, débarrassée des demandes ou des exigences des patients « difficiles ».

Pourtant seul le docteur Amanroche, le chef de service de réanimation de l'Hôpital public G, présente résolument son métier sous un aspect uniquement technique.

« Moi je ne suis pas dans l'affect. J'ai la tête froide, moi je suis un technicien, vous venez me voir, vous voulez des renseignements, je vous les donne. Alors de temps en temps, ça m'a même valu des gens qui me disaient que quand même je manquais de compassion. Je le sais, je le fais exprès. Ça serait tellement plus simple de pleurer ensemble, on s'embrasse ça serait génial, mais pour le malade je ne pense pas que ce soit la bonne solution et pour la famille non plus, donc c'est une relation qui est très médicalisée, et c'est normal. Et, il faut être clair, j'aimerais bien que tous les malades guérissent et ça serait formidable. Mais ça n'est pas ma famille, ça reste des gens que je ne connais pas. On ne pleure pas sur chaque décès. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Ces arguments alliant détachement professionnel et égalité de traitement autorisent l'évitement du « relationnel » avec les « patients difficiles », tels que sont décrits par les enquêtés les patients identifiés comme roms. L'utilisateur serait alors uniquement considéré comme un corps malade à prendre en charge et à soigner sans considération pour ses caractéristiques sociales – entendues au sens large – pourtant susceptibles d'influer sur sa compréhension de la situation et sa participation dans la relation de soin.

« Un malade, quel que soit son sexe, son rang social, même son âge, sa race, sa nationalité, son machin, son truc, ça n'intervient absolument pas. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

« Pour moi, un corps, c'est un bout de viande. » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

Ce faisant, les praticiens hospitaliers interrogés reprennent à leur compte une définition parsonienne du rôle du médecin dans la relation de soin, alliant neutralité affective et orientation vers la collectivité⁵⁰⁵. Les praticiens hospitaliers trouvent, dans cette rhétorique sur la neutralité du soin et la nécessaire distance entre soignant et soigné, les arguments leur permettant de restaurer leur autorité professionnelle face aux patients « actifs » qu'ils identifient comme roms. Le « sale boulot »⁵⁰⁶ que constitue, aux yeux des médecins, la prise en charge « relationnelle » de ces patients « difficiles » est alors fréquemment délaissé aux professionnels paramédicaux⁵⁰⁷.

⁵⁰⁵ Florent Champy, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 44.

⁵⁰⁶ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, op. cit., p. 81.

⁵⁰⁷ « S'affirmant scientifiques et techniciens, les médecins définissent une nouvelle image de leur rôle. Précisément, à l'heure où l'on parle d'humanisation des hôpitaux, c'est dans un processus de dichotomisation science/humanisme que s'inscrit le rôle du médecin hospitalier. L'idéologie scientifique, au fur et à mesure qu'elle étend son emprise, est doublée de l'idéologie de l'"humanisation" du "dévouement" au service de l'homme. Mais cette idéologie est véhiculée par le

« Je dirais qu'on se repose un peu sur les infirmières, on compte un peu sur elles, même si, elles aussi, sont de plus en plus débordées parce que y'a de moins en moins d'effectifs et donc, et donc c'est compliqué. » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour les médecins que nous avons interrogés, les patients identifiés comme roms seraient donc des patients particulièrement « difficiles » à prendre en charge : non seulement ils adopteraient le comportement de patients « actifs » sans disposer du capital social et culturel requis mais, en plus, ils compenseraient ce manque par le recours à la violence dans leurs interactions avec les praticiens hospitaliers. Les enquêtés tracent une frontière morale très nette autour de ces usagers qui tenteraient, selon eux, de profiter indûment des ressources médicales de l'établissement de santé. De par leur comportement, ces usagers contreviennent au rôle de patient soumis, attendu par les médecins, de la part des usagers appartenant aux classes modestes. Ce faisant, ils bousculent le double rapport de domination auquel les médecins enquêtés s'attendent lors de ce type d'interactions : d'une part, l'asymétrie de la relation thérapeutique entre médecins et patients, et d'autre part le rapport de domination entre membres de la classe supérieure et membres de la classe inférieure.

Cette analyse prenant pour cas d'étude les patients présumés roms permet ainsi de confirmer l'hypothèse que nous avons formulée à partir des thèses de C. Herzlich et J. Pierret⁵⁰⁸ : la relation de classe influence effectivement la façon dont les médecins perçoivent les patients appartenant aux classes populaires. Si l'attitude des patients présumés roms lors de la relation de soin semble tellement spécifique aux praticiens hospitaliers que nous avons rencontrés, c'est bien qu'ils s'attendent à ce que ces patients « en-dessous » d'eux socialement respectent leur autorité professionnelle et le prestige de leur fonction, à l'instar des autres patients des classes inférieures dont le comportement est généralement caractérisé par la soumission.

Afin de « sauver la face », ces professionnels tracent alors une frontière raciale autour du groupe « rom ». Ils réagissent à ce qu'ils perçoivent comme une menace

personnel soignant seulement (...) et subordonnée à l'idéologie scientifique. » Antoinette Chauvenet, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 68.

⁵⁰⁸ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit.

pour leur position dominante dans la relation thérapeutique par l'infantilisation et la racialisation des usagers présumés roms. Puis, en couplant un discours sur une nécessaire distanciation vis-à-vis des patients à celui sur l'égalité de traitement, les médecins parviennent à justifier le renoncement à la partie relationnelle de leur métier sans considérer cela comme un échec professionnel. Par-delà les discours sur le relationnel médical, sur la nécessité d'établir une relation de confiance avec le patient pour compenser l'asymétrie de la relation de soin, nous constatons que ces professionnels disposent de tous les outils rhétoriques pour justifier leur repli vers une pratique purement technicienne lorsqu'ils se trouvent confrontés à des situations qui menacent leur autorité professionnelle. Enfin, les analyses présentées confirment que le modèle idéal-typique proposé par T. Parsons ne rend pas compte de l'hétérogénéité des protagonistes et des situations dans les services⁵⁰⁹ et que la soumission du patient au médecin dans la relation de soin n'est pas une donnée, mais le résultat d'un travail des acteurs en interaction. Nous avons ainsi recueilli les interprétations alternatives proposées par certains médecins au sujet de leur position dans la relation de soin établie avec des patients « actifs ». Pauline, l'interne de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L, présente par exemple l'agressivité des patients comme une conséquence du comportement du médecin qui les reçoit. Ce faisant, elle réaffirme la position dominante du praticien dans l'interaction, mais en lui en attribuant les responsabilités afférentes, notamment en termes de bon déroulement de la relation de soin.

« C'est toi qui amène les choses, en tant que médecin, donc si tu amènes les choses bien, ça va bien se passer, si tu arrives et que tu amènes les choses mal, bah ça va probablement mal se passer, souvent c'est toi qui instaures la relation, c'est pas la patiente qui l'instaure, souvent c'est toi qui va prendre les choses en main, qui va installer le climat de la consultation et la patiente elle s'adapte. (...) Si elle voit quelqu'un qui est agressif, elle va être dans l'agressivité probablement aussi, c'est toi qui instaures souvent le climat de la consultation. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Le docteur Mallem, son collègue des urgences générales, opte, pour sa part, pour une position inverse et rappelle l'« humilité » doit faire preuve le praticien dans sa relation au patient.

« Le médecin ne doit pas être atteint du syndrome du grand sauveur du monde (...). L'ordonnance stricto sensu, c'est un conseil hein, c'est pas une injonction, d'accord ? C'est

⁵⁰⁹ Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé, op. cit.*, p. 52.

un conseil. D'ailleurs la grande majorité des ordonnances sont pas honorées jusqu'au bout hein, voilà. Je crois qu'il faut faire preuve un peu d'une certaine humilité hein. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

La renonciation à la position dominante dans la relation de soin s'accompagne ici d'une forme de désinvestissement du praticien dans la mission curative, qui suppose, en contrepartie, une responsabilisation accrue du patient dans sa propre prise en charge. Cette interprétation du rôle du médecin dans la relation de soin fait écho à la redéfinition du rôle du patient au sens de la loi du 4 mars 2002⁵¹⁰. Cette loi dite « loi Kouchner » consacre en effet deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique). Il est intéressant de remarquer que cette récente évolution du rôle du patient dans la relation de soin fait l'objet de réappropriations dans le discours de quelques internes de médecine rencontrés. Pauline, l'interne de gynéco-obstétrique, souligne que le consentement libre et éclairé du patient suppose un travail accru d'information et d'éducation de la part du médecin, proposant ainsi une recomposition de la position dominante du médecin dans la relation de soin.

« On n'est plus du tout au temps où les médecins étaient dieu et on fait tout ce qu'il dit et tout ça, jamais. Toutes les patientes, elles posent des questions et toutes, et heureusement, ont un choix dans la prise en charge et décident clairement. Enfin, je crois que, aujourd'hui, on est formé pour ça quoi, ça viendrait pas à l'esprit d'un médecin qui sort de la fac aujourd'hui, ou y'a peu de temps, de pas laisser le choix à sa patiente et de pas, ça a beaucoup changé. (...) [La patiente] a un rôle parce qu'elle a des décisions à prendre, toujours même, c'est toujours elle qui décide, elle a un rôle décisionnel, elle a un rôle décisionnel. Même si elle pose pas de question, nous on lui en posera pour qu'elle prenne la décision. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Quant à Carl, interne de médecine générale aux urgences de l'Hôpital L, il analyse la question du refus de soin par les patients comme une conséquence potentielle de l'accroissement de leur pouvoir dans la relation de soin. Il présente l'acceptation de ce refus de soin par le médecin – qu'il décrit toutefois comme une grande source de frustration professionnelle, à l'instar de nombreux autres médecins interrogés – comme une étape incontournable de la responsabilisation du patient dans sa prise en charge médicale.

⁵¹⁰ *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).*

« On n'est pas, faut responsabiliser aussi le patient. On n'est pas là pour l'assister en, je dirais qu'ils sont assez assistés, si on les assistait encore plus, ce serait pas forcément pour leur bien. Parce que du coup faut qu'ils prennent leur responsabilité, faut qu'ils, faut qu'ils soient maîtres de leur, de leur corps, faut qu'ils puissent juger d'eux-mêmes et euh faut pas qu'ils soient dans une relation parents/enfant parce que du coup ils, ils pourraient pas prendre les décisions pour eux et euh... Le jour vraiment où il arrive quelque chose de grave, ils sont pas préparés à réfléchir sur leur propre corps, parce qu'ils auraient l'habitude qu'on réfléchisse pour eux. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Ces discours relèvent-ils de la simple posture ou bien assiste-t-on à une évolution de la place et du rôle du praticien dans la relation de soin de la part des nouvelles générations de médecins ? Seule une analyse suivie des discours et de la pratique professionnelle de ces internes au cours des prochaines années permettrait d'évaluer l'influence concrète de la loi « Patient 2002 » sur la pratique médicale hospitalière. Mais cette adaptation du discours démontre déjà que la place de chacun des protagonistes dans la relation de soin est le résultat d'une perpétuelle négociation en interaction.

Chapitre 4 : Racialisation et délégation du « sale boulot »

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, lors de leur venue aux urgences, les patients sont successivement pris en charge par différents professionnels hospitaliers – médecins, assistantes sociales, aides-soignantes, agents administratifs, etc. Chaque catégorie de professionnels nourrit certaines représentations spécifiques au sujet des usagers qu'ils identifient comme roms : les agents d'accueil, les IAO ou les praticiens hospitaliers ne se fondent pas sur les mêmes critères, n'observent pas les mêmes « comportements spécifiques », n'anticipent pas les mêmes difficultés en fonction du rôle professionnel qu'ils assument dans le service. L'étude de la dernière phase de prise en charge des patients à l'hôpital permet de mettre à jour une représentation des « Roms » qui est pourtant partagée par toutes les catégories de professionnels hospitaliers. Ainsi, l'hospitalisation des patients présumés roms serait, de l'avis de tous, l'occasion de difficultés particulières du fait de la présence « envahissante » de leurs accompagnants. Le comportement des membres des « familles roms » à l'hôpital est en effet unanimement décrit comme irrespectueux et dénué de civilité.

La littérature consacrée aux « Roms » remarque que « *quand les "gitans" arrivent, les instituteurs, les infirmières et les médecins, les juges et les avocats voient le fonctionnement institutionnel bouleversé, en particulier par le fait que tout individu est largement accompagné par un groupe qui, selon les cas, peut être perçu comme la famille élargie, mais aussi le "clan", voire la "tribu".* »⁵¹¹ Cette présence collective est également considérée comme une caractéristique gênante des « Roms » par tous les professionnels que nous avons interrogés, quel que soit leur métier, le service ou l'établissement pour lequel ils travaillent.

« Une famille extrêmement présente, [les Roms] ils viennent jamais tout seuls, j'ai jamais vu un Rom venir tout seul, le minimum que j'ai vu c'était six personnes et puis, le maximum cinquante, soixante, enfin que sais-je, j'ai même connu deux cents personnes ! » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

« [Les Roms] ils viennent toujours à cinquante. Ils viennent pas le père, la mère, l'enfant comme d'autres. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

⁵¹¹ Marc Bordigoni, « Introduction », *Etudes Tsiganes*, 2005, 21 - Les institutions, un espace de rencontre, p. 7. Voir aussi : « *Il n'en demeure pas moins que la dimension culturelle intervient comme élément perturbateur dans les relations entre personnel soignant et les patients tsiganes. Elle se résume à une appréhension collective du système de soins. En effet, lorsqu'un Tsigane est hospitalisé, le personnel médical doit gérer l'arrivée d'un groupe important, qui n'est autre que l'entourage familial du malade. (...) Cette approche communautaire, propice à l'expression des représentations collectives autour de la santé, nuit à la bonne prise en charge du malade par l'institution hospitalière.* » Gaëlla Loiseau, « L'accès aux droits relatifs à la santé et aux prestations sociales », *op. cit.*, p. 160. « *La présence du Tsigane dans l'espace de l'hôpital renvoie à une existence collective et non pas individuelle.* » Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *op. cit.*, p. 49.

« Quand y'en a un [Rom] qui est hospitalisé et tout, ils viennent à trente, y'a tout le monde qui vient. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« [Les Roms] ils arrivent à plusieurs généralement, c'est rare qu'ils viennent qu'à deux. Ils viennent à huit, au moins cinq c'est sûr. » Nolwen, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Clinique privée E.

« Les Gitans, les Gens du voyage c'est pareil, ils ont le même délire de grosse famille. Ils viennent en masse. » Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

« [Les Roms] ils arrivent par énormément de gens (...), ben par dizaines en fait, par cinq, de cinq à dix personnes en fait. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« [Les Roms] ils viennent toujours, ils sont toujours un paquet (...) au moins une dizaine. (...) C'est la famille entière que vous avez, c'est pas un ou deux individus. Y'a les petits, y'a les grands, y'a le grand-père, y'a tout le monde. » Guilaïne, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Si le nombre important d'accompagnants est considéré comme caractéristique de l'« identité rom », certains enquêtés remarquent toutefois qu'il y a d'autres « grosses familles » qui viennent accompagner et soutenir leurs proches hospitalisés. Ces enquêtés présentent la particularité, tout en étant français, d'appartenir eux-mêmes à des groupes minorisés, comme par exemple Djibril, issu d'une famille algérienne, sa collègue Emmanuelle dont les parents sont originaires des DOM-TOM ou encore Dolorès qui est née à Haïti. On peut supposer que leurs expériences personnelles informent l'observation qu'ils font, dans leur quotidien professionnel, de la venue de familles nombreuses à l'hôpital. Djibril et Dolorès mentionnent spécifiquement les habitudes culturelles du groupe auquel ils appartiennent respectivement pour expliquer la présence de nombreux accompagnants venant soutenir leur proche hospitalisé.

« La population turque, kurde, chaldéenne, comme la population maghrébine, ils sont souvent à quinze, la population juive aussi, ils sont souvent très, très nombreux autour du membre de la famille qui est malade, je comprends parce que dans ma culture c'est pareil (...). Je comprends que ça soit du respect aussi pour la personne malade, c'est normal, chez nous voilà – enfin chez nous, au Maghreb – quand quelqu'un est malade, on va le voir à l'hôpital. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

« Ils [les Turcs] viennent à plusieurs, à deux ou trois. (...) Les Gens du voyage, c'est pareil. On parle des Turcs mais on a des familles maghrébines qui sont immenses, des familles africaines, antillaises, haïtiennes. (...) J'ai déjà vu des Français, des Blancs, je peux pas te dire d'où, je ne sais pas si ils étaient pure souche ou métissés. Mais pareil, ils étaient vingt-mille sur ton dos comme une colonne vertébrale, parce que ils ont besoin d'infos, ils sont inquiets, ils sont pas bien. » Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

« Eux [les Roms], ils viennent à dix. Les Noirs aussi sont très famille. Nous [les Noirs], on est peut-être pas à dix mais on aime bien, quand nos familles sont hospitalisées, on aime

bien aller les voir, les Noirs aussi, on est présents. Mais, les Roumains, c'est encore pire que nous. Les Arabes aussi c'est comme ça. Imaginez-vous des groupes de Noirs, groupes de Roumains, groupes d'Arabes, ça fait beaucoup ! » Dolorès, 30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

De même, à l'occasion d'une discussion informelle, les paramédicaux du service de réanimation de l'Hôpital public G citent plusieurs autres « ethnies » qui « restent à plusieurs dans la salle d'attente » : « Turcs », « Evangélistes », « Témoins de Jéhovah », « Juifs ». Une aide-soignante précise qu'il y a aussi des « Tsiganes » parfois : « c'est plus rare, c'est surtout en cardio[logie], mais dans ce cas, ils viennent à vingt et ils s'installent sur les escaliers à la sortie du service avec leur bouffe »⁵¹². Ainsi ce ne serait pas tant le nombre d'accompagnants qui poserait problème, mais bien leur comportement dans les services.

Nous suggérons dans ce chapitre que ce cadre d'interprétation des « familles roms » comme *incivilisées* est partagé par tous les professionnels interrogés car il ne relève pas de principes relatifs au métier de chacun, mais bien de valeurs communes à tous ces agents qui ont choisi d'exercer dans le domaine de la santé : l'universalisme, l'altruisme, le bien commun. Par leur présence collective dans l'institution, les « Roms » heurteraient ces valeurs en faisant passer les intérêts de leurs « familles » en priorité, sans se préoccuper du sort des autres usagers ou du fonctionnement général de l'établissement. C'est d'ailleurs l'argument du bien-être de tous les patients qui revient de façon récurrente dans la bouche de tous les enquêtés pour justifier leurs critiques du comportement des « familles roms » dans l'institution.

Nous étudierons tout d'abord en quoi consistent ces comportements unanimement décrits comme inapproprié, envahissant et irrespectueux. Nous verrons que tous les professionnels interrogés redoutent l'envahissement des services par les membres des « familles roms » qui s'installeraient en nombre dans les salles d'attente, dans les couloirs des services, dans les espaces collectifs où ils se comporteraient « comme chez eux ». Ces accompagnants sont alors accusés d'empêcher les soins, d'encombrer les espaces, d'accaparer les soignants, voire de voler le matériel. Nous constaterons que malgré cette condamnation unanime de l'« incivilité » des « Roms », dont les désagréments pèsent sur le fonctionnement des services dans

⁵¹² Carnet n°2, Hôpital public G, service de réanimation, 02/03/2010.

leur intégralité, aucun membre de l'équipe n'est officiellement mandaté pour y mettre un terme et les enquêtés demeurent impuissants face à ces pratiques déviantes. Le processus de racialisation permet alors de rationaliser, aux yeux des enquêtés, ces comportements jugés contraires aux valeurs d'universalité qui régissent le service public hospitalier (1).

Le comportement inadéquat des « familles roms » dans les services hospitaliers permet alors d'observer l'articulation du travail collectif entre les différentes catégories de professionnels d'un service. Dans une institution aussi hiérarchisée où chacun a un rôle à jouer, à quels agents institutionnels reviendra la tâche d'encadrement de ces acteurs secondaires que sont les accompagnants des patients ? En dehors de toute instruction officielle, quelle catégorie de professionnels hospitaliers se chargera du maintien de l'ordre dans les espaces institutionnels communs (couloirs, salles d'attente, jardin, etc.) ? En nous appuyant sur ce que nous avons appris jusqu'à présent des représentations et réactions des différentes catégories de professionnels face aux usagers qu'ils identifient comme roms, nous proposons d'observer le processus de délégation en cascade qui est mis en œuvre par les enquêtés en matière d'encadrement des « familles roms ». Nous verrons que l'influence des débats publics, le rejet des tâches jugées dévalorisantes et les rapports de classe, caractéristiques des représentations que chaque groupe professionnel nourrit au sujet des « Roms », se combinent alors pour créer l'image d'un groupe totalement altérisé. Nous verrons ainsi que si ce « sale boulot » de gestion des « familles roms » est rejeté par les médecins et les infirmiers techniciens, il peut être une source de valorisation pour les infirmiers relationnels et les aides-soignantes. La défense de l'ordre institutionnel et des valeurs qui fondent l'activité des professionnels hospitaliers passe alors par l'éducation profane de ces usagers perçus comme ignorants des convenances dans la société majoritaire (2).

4.1. Les « familles roms », envahissement et appropriation

Pour Anne-Marie Arborio, élaborer des principes de catégorisation des usagers sur la base des difficultés qu'ils sont susceptibles de poser à l'agent dans

l'accomplissement de sa mission professionnelle est une caractéristique typique des métiers de service⁵¹³. Les critères de catégorisation des usagers utilisés par les aides-soignantes sont, d'après elle, très divers : l'âge, le sexe, le poids, le statut social présumé et la pathologie⁵¹⁴ du patient y occupent une place prépondérante, tout comme son entourage familial. L'auteure cite alors l'exemple des « gitans » qui « *sont redoutés du fait de leur entourage familial très présent, prêt à intervenir pour défendre les intérêts du malade – pas forcément contre ceux du personnel, comme dans le cas d'un malade gitan dont la femme nettoie tous les jours la chambre à la place de l'agent de service – peu enclin à respecter les règles de l'institution, notamment en termes d'horaires de visites : cela ne se traduit pas forcément pas un affrontement direct, tout au plus entend-on quelques commentaires, par exemple après un départ particulièrement tardif, rapportant cette attitude incriminée à l'appartenance communautaire* »⁵¹⁵. L'appartenance présumée au « groupe communautaire gitan »⁵¹⁶ est mentionnée ici pour illustrer en quoi l'entourage familial est un critère de catégorisation des patients utilisé par les professionnels paramédicaux. Cette observation coïncide avec ce qui a pu être constaté dans les institutions de santé enquêtées : dans l'évaluation des difficultés susceptibles d'entacher la prise en charge d'un patient, l'appartenance à la catégorie « Roms » constitue indéniablement un critère aggravant du fait de la présence de son entourage familial. Ainsi, une sage-femme de l'hôpital public G déclare qu'elle va « se munir de toute la zénitude possible » pour aller ausculter une jeune femme qu'elle identifie comme rom et qui vient accompagnée de quatre proches dans le service⁵¹⁷. Ce nombre relativement réduit d'accompagnants laisse entrevoir que ce ne serait pas tant la taille des « familles roms » qui poserait problème aux professionnels hospitaliers. Le véritable obstacle au travail institutionnel serait plutôt le comportement des membres de ces familles, jugé

⁵¹³ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *op. cit.*, p. 92.

⁵¹⁴ Anne-Marie Arborio relève ainsi que la toxicomanie, l'alcoolisme, ou encore certaines pathologies psychiatriques, peuvent faire l'objet d'interprétations sociales de la part des professionnels.

⁵¹⁵ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *op. cit.*, p. 95.

⁵¹⁶ « *L'accusation de "communautarisme" est l'un des moyens les plus efficaces pour légitimer la stigmatisation d'un groupe racisé dans le contexte de l'idéologie républicaine française.* » Christian Poirer, « Les processus d'ethnisation et de raci(al)isation dans la France contemporaine », *op. cit.*, p. 123.

⁵¹⁷ Carnet n°5, Maternité, Hôpital public G, discussion informelle avec une sage-femme, 27.07.2010.

inapproprié par les enquêtés dans le contexte institutionnel. Il gênerait le travail des soignants, dérangerait les patients hospitalisés ou perturberait le fonctionnement du service ; la dimension collective amplifiant de façon exponentielle les désordres constatés.

Un certain nombre de règles régissent les modalités d'entrée et de circulation des usagers dans les services : horaires, nombres d'accompagnants, etc., ainsi que ce qu'il est permis ou interdit de faire dans l'enceinte de l'hôpital (par exemple fumer, manger). Ces règles ont été établies pour des raisons d'hygiène et de sécurité⁵¹⁸. Pour les professionnels hospitaliers enquêtés, le respect de ces règles fait partie des devoirs des usagers à l'hôpital.

« [L'utilisateur] il a des devoirs à l'hôpital qui sont des devoirs de citoyen, c'est-à-dire de civilité vis-à-vis du personnel, et ça c'est, je peux vous dire que c'est assez difficile, il a des devoirs de respecter l'environnement, il a les mêmes devoirs que le citoyen qui vit, enfin en communauté sociale à l'extérieur de l'hôpital. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

« [L'utilisateur] s'adapte au règlement déjà, il s'adapte au, je sais pas, aux horaires de visite, il s'adapte à ce qu'on lui demande, à pas fumer dans sa chambre, il s'adapte au règlement intérieur. » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Or, la recherche menée en 2000 au Portugal sur les représentations sociales associées aux Tsiganes dans le milieu hospitalier souligne que « *curieusement, ce n'est pas au niveau des normes implicites que les problèmes surgissent mais à celui des normes explicites, connues de tous mais difficiles à respecter. (...) Le respect des horaires de visite et du nombre de visiteurs par malade sont des normes que les Tsiganes cherchent à contourner* »⁵¹⁹. Des comportements similaires sont rapportés par les professionnels rencontrés en Ile-de France. Nous allons voir qu'ils disent redouter particulièrement trois pratiques qu'ils estiment caractéristiques des « familles roms » : l'envahissement des espaces institutionnels, l'accaparement des professionnels du service – et donc l'obstruction du travail de soin –, et le détournement des ressources matérielles des services. Nous constaterons que les stéréotypes communs, véhiculés par les débats publics, sur la « communauté rom » influencent les interprétations que ces

⁵¹⁸ Ainsi, il est interdit de fumer dans les chambres d'hospitalisation car la présence de conduites d'oxygène augmente le risque d'explosion. De même, le nombre limité d'accompagnants lors des visites est justifié par les risques de contagion. Il existe également des normes de comportement codifiées qui visent à assurer le confort de tous les patients, comme par exemple le célèbre affichage « Silence Hôpital ».

⁵¹⁹ Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *op. cit.*, p. 53.

enquêtés font de cette présence collective dans l'institution. Mais également que la tâche peu valorisante d'encadrement des « familles roms » ne fait l'objet d'aucune assignation officielle et que la majorité des enquêtés tracent une frontière morale très nette envers ces comportements jugés contraires aux valeurs d'altruisme et d'universalité régissant le domaine de la santé.

4.1.1. Envahissement des services hospitaliers

L'article consacré aux perceptions des professionnels hospitaliers portugais au sujet des « patients tsiganes » relate que *« le malade tzigane en observation aux urgences est toujours accompagné par un grand groupe familial qui va "habiter" à l'hôpital pendant que le proche est assisté médicalement : les Tsiganes s'approprient certains espaces de passage ou salle d'attente, en les convertissant en espaces de "campement". »*⁵²⁰ Les auteures ajoutent que *« cette appropriation est sentie par les personnes interrogées comme une occupation abusive de l'espace où elles travaillent. Une fois de plus, nous avons affaire à la confusion entre le public et le privé qui génère une certaine hostilité latente et qui trouve son origine dans des conceptions différenciées de l'espace public et des comportements socialement acceptables dans ces mêmes espaces. »*⁵²¹ De nombreux enquêtés rencontrés dans les établissements d'Ile-de-France rapportent des pratiques similaires d'appropriation des espaces institutionnels par les « familles roms ». Plusieurs professionnels rencontrés à la Clinique privée E citent, par exemple, l'habitude que les familles qu'ils identifient comme roms auraient de venir pique-niquer sur les pelouses situées entre les deux bâtiments principaux de l'établissement lorsque l'un des leurs serait hospitalisé.

« A trente, on pique-nique sur la belle pelouse, c'est un peu compliqué. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

Fils d'une femme de chambre et d'un ouvrier, M. Gherbi est né dans l'hôpital public le plus proche de la clinique dont il est aujourd'hui directeur adjoint. Il envisage tout d'abord des études de médecine, pour « le prestige de la profession, le fait d'aider les gens, de les soigner, etc. » mais, suite à son échec en première

⁵²⁰ *Ibid.*, p. 52.

⁵²¹ *Ibid.*, p. 53.

année, se tourne rapidement vers la gestion hospitalière⁵²². M. Gherbi fait toute sa carrière dans le secteur privé, principalement dans de petites structures comme la Clinique E où il travaille depuis trois ans au moment de l'entretien, mais également dans un « groupe » de structures privées (maisons de retraites, cliniques de soins de suite et établissements psychiatriques). Il dit apprécier l'autonomie dont il jouit dans l'exercice de son poste actuel, « un peu se débrouiller seul ».

« Moi, je suis quand même un directeur senior, entre guillemets. Moi, je n'ai pas besoin qu'on me dise où mettre la virgule quand je fais une note, etc. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

Pour lui, le comportement de la « grosse population de Gens du voyage » qui s'adresse fréquemment à la clinique peut constituer un repoussoir pour les autres usagers : « le peu de gens issus d'autres quartiers qui viennent et qui voient ça, ils partent ». Ce souci de ce que les autres usagers potentiels de la Clinique E peuvent penser de la présence des « familles roms » dans l'établissement n'est pas uniquement lié aux préoccupations mercantiles du directeur adjoint d'un établissement privé lucratif. Comme nous allons le voir, la question du respect de chacun au sein de l'institution est une valeur largement partagée par les enquêtés. Nolwen, infirmière aux urgences de l'établissement, se souvient quant à elle d'un groupe de « Roumains venus d'Allemagne » pour rendre visite à un patient. D'après elle, ils s'étaient installés dans une des salles d'attente de l'établissement et l'avaient transformée, le premier jour en réfectoire et le deuxième jour en salle de prière. Le docteur Guillet, qui considère que l'« équipe de Roumains » qui se présente régulièrement aux urgences « ne respecte pas les conventions » et « salit partout »⁵²³, était intervenu en sa qualité de directeur d'établissement pour leur demander de quitter les lieux. Cette intervention est de nouveau justifiée au nom du bien-être des autres usagers de la clinique.

« Une fois des Roumains qui venaient de loin, d'Allemagne, ils venaient voir quelqu'un. Ils étaient facile cinquante et étaient en train de faire le pique-nique dans la grande salle, pas la petite salle. Donc ça, à un moment donné, on avait stoppé (...) parce que, bien sûr, tout [les

⁵²² « J'ai raté l'examen de médecine mais j'avais un DEUG et dans ce DEUG qui n'existe plus mais qui s'appelait DEUG-soins où on balayait en fait des matières médicales et des matières administratives dont la gestion, et je me suis intéressé à la gestion en fait. Un peu de comp[te]abilité et de gestion hospitalière. Et [dans la même faculté], il y a une formation qui s'appelle Maîtrise de gestion de la santé qui forme des professionnels de gestion de cliniques privées, donc j'ai fait cette formation. Moi, j'ai une maîtrise en gestion dans les établissements de santé. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

⁵²³ Dr. Guillet, ~55 ans, chef de service de chirurgie, directeur, Clinique privée E.

déchets] reste par terre. Après, le lendemain, ils sont revenus et [Eugénie (l'agent d'accueil)] a dit "non, vous sortez". Donc, après, ils sont venus nous voir, y'avait [Mr Guillet (le directeur)] qui était là "on va faire une prière, on va pas faire de bruit, on va pas gêner". Forcément, quand ils sont à cinquante, déjà y'a des gens qui sont là, ils n'ont plus de place pour eux et ils n'ont pas à subir la prière des autres. On est intervenus. » Nolwen, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Clinique privée E.

Les témoignages de cet ordre sont nombreux parmi les enquêtés de la Clinique E. Cela s'explique notamment par la taille réduite de l'établissement qui permet une interconnaissance importante entre professionnels et usagers, et l'usage régulier des urgences de la clinique par les membres de quelques familles identifiées comme roms vivant dans la ville la plus proche. Toutefois, des pratiques similaires de la part d'usagers présumés roms sont également rapportées par les professionnels travaillant dans les autres établissements enquêtés. Le cadre du service d'oncologie de l'hôpital public A décrit lui aussi l'appropriation de l'espace institutionnel par les populations roms : il dit avoir assisté, il y a quelques années, à l'établissement d'un « campement rom dans l'enceinte de l'hôpital »⁵²⁴. Ces descriptions coïncident avec les représentations des « Roms envahissant la France » qui se sont multipliées ces dernières années dans le débat public⁵²⁵. La très forte médiatisation des « campements roms »⁵²⁶ et de leurs expulsions⁵²⁷ alimente l'idée que les « Roms » s'installeraient librement, au grès de leurs envies,

⁵²⁴ Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

⁵²⁵ Voir par exemple : *L'opinion* publie en septembre 2013 une carte intitulée « la France des campements roms » précisant que les Roms « sont 20 000, regroupés dans des campements de fortune principalement en Ile-de-France, dans le sud, l'est et le midi de la France. » Le site web rapporte également les propos de Gérard Collomb, maire PS de Lyon assurant qu'il « tire la sonnette d'alarme depuis des mois » et que « les grandes villes françaises ne peuvent pas accueillir les 10 millions de Roms qui vivent aujourd'hui en Europe de l'Est. » Béatrice Houchard et Dominique de Montvalon, *Plus de 20 000 Roms en France*, <http://www.lopinion.fr/23-septembre-2013/plus-20-000-roms-en-france-4308>, consulté le 14 mars 2015. « Geoffroy Lejeune, rédacteur en chef adjoint du service politique de Valeurs actuelles, justifie le choix de son magazine [de publier un numéro intitulé « Roms. L'overdose »] par ce sondage, qu'il voit comme la preuve "qu'une immense majorité des Français, même les électeurs de gauche, est excédée par les occupations illégales de terrains par les Roms et par la criminalité". » « Mains sales et nausée - La couverture de Valeurs actuelles contre les Roms », *Blog - Lemonde.fr*, 21/08/2013. Un article de *Slate.fr* rapporte les propos prononcés par Jean-Marie Le Pen au cours de l'été 2013 : « dans le courant de l'année 2014, il viendra à Nice 50.000 Roms au moins puisqu'à partir du 1er janvier, les 12 millions de Roms qui sont situés en Roumanie, en Bulgarie et en Hongrie auront la possibilité de s'établir dans tous les pays d'Europe » Marianne Rigaux, *L'invasion de Roms n'aura pas lieu*, <http://www.slate.fr/story/78228/invasion-roms-aura-pas-lieu>, consulté le 14 mars 2015. Notons également qu'il existe un groupe sur le réseau social Facebook « Non à l'invasion des roms, la France n'est pas une poubelle » (447 membres).

⁵²⁶ Alexandra Nacu note que « les "terrains" sont des agglomérations constituées de caravanes de deuxième main ou de cabanes en bois ou d'autres matériaux de récupération, pouvant comprendre entre 50 et 300 personnes environ. (...) L'emplacement est trouvé "par essai et erreur", c'est-à-dire qu'un groupe sera chassé de commune en commune jusqu'à trouver une place de squat plus durable. » Alexandra Nacu, « Les Roms migrants en région parisienne: les dispositifs d'une marginalisation », *Revue européenne de migrations internationales*, 2010, vol. 26, n° 1, p. 151.

⁵²⁷ Il est possible de trouver des articles de presse sur l'installation ou l'expulsion de « campements roms » chaque jour. Pour une mise en perspective, voir par exemple : Maryline Baumard, *La France a expulsé un camp de Roms tous les 3 jours en 2014*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2015/02/03/la-france-a-expulse-un-camp-de-rom-tous-les-3-jours-en-2014_4569112_3224.html, consulté le 14 mars 2015. Emilien Urbach, *Plus de 130 expulsions de camps roms en 2014*, <http://www.humanite.fr/plus-de-130-expulsions-de-camps-roms-en-2014-564613>, consulté le 14 mars 2015.

sur des terrains ne leur appartenant pas qu'ils s'approprieraient et dégraderaient au mépris du bien-être des « riverains »⁵²⁸. Pour Carine Fouteau, « *les démantèlements [de bidonvilles] entretiennent cette impression d'« invasion » car en « poussant », selon le terme administratif, les personnes d'un lieu à l'autre, les expulsions à répétition multiplient les points de contacts avec le voisinage. Plutôt que d'avoir quelques centaines de voisins mécontents, des milliers le sont.* »⁵²⁹ Dans le cadre hospitalier, les riverains sont figurés par les usagers de l'institution. L'attention portée par les enquêtés au bien-être des « autres patients » est maximale. A l'Hôpital public L, des médecins des urgences notent ainsi les effets négatifs de la présence de grandes « familles roms » dans les salles d'attente du service : l'encombrement des espaces collectifs mais aussi, de nouveau, la gêne des autres usagers.

« Quand une famille rom vient, euh, eh bien y'a une personne qui est hospitalisée à l'UHU, mais y'en a dix ou quinze qui sont dans la salle d'attente des familles, ce qui fait qu'aucune autre famille ne peut rentrer dans la salle des familles. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Il peut y avoir un effet, genre, si ils [les Roms] sont dix dans la salle d'attente, les gens vont se sentir mal, ou je sais pas, y'a un espèce d'effet négatif ressenti par les autres patients. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Au-delà du problème purement logistique que pose le nombre réduit de places assises disponibles dans les salles d'attente, l'installation d'une famille rom dans une salle d'attente des urgences est décrite comme étant toujours une source de tensions. Alors que le délai de passage est un des enjeux majeurs des services d'urgences, cette présence massive laisse penser aux usagers qui arrivent ultérieurement dans le service que le nombre de patients est plus élevé qu'il ne l'est en réalité, et donc que l'attente sera importante. C'est la raison invoquée à plusieurs reprises par des soignants des urgences pour justifier l'évacuation, l'expulsion des membres de ces familles nombreuses de la salle d'attente.

Dans les services d'hospitalisation aussi, les professionnels sont confrontés à l'« invasion » des « familles roms ». Par exemple, le chef du service de réanimation de l'hôpital public G dit « tolérer » que les membres des familles qu'il

⁵²⁸ Eric Fassin, Carine Fouteau, Serge Guichard, et Aurélie Windels, *Roms & riverains: Une politique municipale de la race*, La Fabrique éditions, 2014, 227 p.

⁵²⁹ Carine Fouteau, « Invasion, délinquance, mendicité, saleté? Tout dire sur les Roms », *Mediapart*, 26/09/2013.

identifie comme roms « s'installent au plus près du membre de la famille » hospitalisé, dans la salle d'attente située à l'entrée du service, pour pouvoir le veiller « nuit et jour »⁵³⁰. Une infirmière rencontrée dans le service d'orthopédie de l'Hôpital public A explique que le service accueille souvent des « patients roms ». Elle décrit les difficultés causées par la venue « à cinquante mille » des membres de la famille : « c'est compliqué de leur faire comprendre que c'est des chambres doubles et qu'il faut respecter la tranquillité du voisin de chambre »⁵³¹. De même, à la mention des « Roms », un professeur de gynécologie-obstétrique s'exclame immédiatement « ils sont ingérables ! Ingérables ! Parce qu'ils viennent à quinze dans le service, ils font du bruit, ils sont très bruyants, ils gênent les autres patients, ils n'en tiennent pas compte »⁵³². Enfin, Ania, aide-soignante dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L, considère que la présence des accompagnants présumés roms dans le service est une source systématique de nuisance, notamment sonore.

« Souvent, quand j'entends du bruit dans une chambre, je rentre, je frappe et je dis "excusez-moi, vous avez aussi des voisines qui sont accouchées ou qui sont fatiguées" parce que un bébé qui vient de naître, c'est souvent les mamans elles sont tous fatiguées, donc il faut qu'elles fassent... Déjà, normalement, il faut qu'il y ait deux personnes, deux visites par chambre et si y'en a déjà, je demande à échanger en fait, que deux personnes restent et après les autres ils attendent dans la salle d'attente et puis qu'ils échangent en fait entre eux, que ni bébé, parce que des fois on a même pas de quoi respirer, y'a tellement de monde. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Les « familles roms » sont ainsi accusées, par les enquêtés, d'envahir les espaces institutionnels. Et, non seulement ils occuperaient toutes les places disponibles dans les salles d'attente, ou autres espaces mis à disposition des visiteurs à l'hôpital, mais ils se les approprieraient en s'y comportant « comme chez eux ». Clarisse, infirmière aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L, affirme que les accompagnants présumés roms se comportent « comme dans leur caravane » lorsqu'ils sont à l'hôpital, puis elle décrit précisément ce comportement dans l'institution comme bruyant, sale et désorganisé, érigeant ainsi une solide frontière morale autour du groupe identifié comme rom. Cette description rappelle

⁵³⁰ Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

⁵³¹ Carnet n°6, orthopédie, hôpital public A, 18/11/2010.

⁵³² Pr. Luc Legoff, ~65 ans, gynécologue, retraité, entretien exploratoire.

les images de « campements roms » semblables à des décharges publiques diffusées par les médias⁵³³.

« Quand ils sont en train d'attendre, ça parle, ça parle, ça fait comme, enfin, on est chez soi quoi ! Ils font pas attention qu'il y a d'autres personnes peut-être qui sont malades, sur le brancard, je pense que non, ils se pensent dans leur caravane et ils font pas [attention]. Ah ouais, on continue la vie quoi ! Si ils doivent manger là, ils vont manger là, ouais, ouais ! Y'en a des fois, on leur dit "c'est pas une poubelle ici, c'est pas pique-nique !" » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Même discours dans la bouche de Martine Renaud, cadre du service de Soins de Suite et Rééducation (SSR) de la Clinique privée E : les « Roms » y seraient « chez eux ». Fille d'un ouvrier et d'une femme au foyer, Martine Renaud a toujours voulu travailler dans le milieu médical⁵³⁴. Après un bac en Science médico-sociale, elle obtient facilement son entrée dans un institut de formation aux soins infirmiers de l'AP-HP. Une fois diplômée, elle fait une année d'intérim « pour apprendre des gestes techniques qui [lui] avaient manqués pendant [ses] études » et elle travaille à plusieurs reprises dans une clinique privée qui, au bout d'un an, lui propose un poste en médecine. Elle accepte et y reste sept ans. Après la naissance de son fils, elle demande son transfert dans un service de chimiothérapie ambulatoire dont les horaires lui conviennent mieux mais, au bout de deux ans, ses mauvaises relations avec une collègue l'incitent à chercher un autre emploi. Elle prend contact avec la Clinique E située « en face de chez [elle] » et obtient de nouveau un poste en médecine. Martine Renaud participe activement à la réorganisation administrative du service, avec notamment la mise en place du « dossier infirmier ». Puis, elle demande son transfert aux urgences suite à un violent conflit avec un des médecins du service.

« C'est à ce moment-là qu'on a eu la première V1⁵³⁵, visite de certification, et que [la directrice des soins] m'avait proposé de m'occuper plus administrativement du service des urgences, justement en essayant de mettre des protocoles en place, des règles, une

⁵³³ Caroline Damiens, *Sarkozy, les médias et l'invention de la mafia roumaine (Première partie)*, <http://lmsi.net/Sarkozy-les-medias-et-l-invention>, consulté le 3 décembre 2015.

⁵³⁴ « Toute petite – ça va faire comme à l'école, mais c'est vraiment ça – j'avais neuf, dix ans, je voulais faire docteur. Et puis, docteur, on s'aperçoit vite que c'est minimum sept ans d'études, que c'est difficile, donc vers douze, treize ans j'ai tout de suite bifurqué vers infirmière. Donc, depuis [que j'ai] treize ans, je veux faire infirmière. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

⁵³⁵ La « V1 » était la première procédure de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé. Voir à ce sujet : « Chapitre XIII : La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé », in : Didier Migaud, Antoine Durrleman et Jean-Pierre Laboureux, *Sécurité sociale 2012*, Cour des comptes, septembre 2012. Disponible sur : http://www.ccomptes.fr/content/download/48308/1346495/version/1/file/rapport_securite_sociale_2012_certification_etablissements_sante_haute_autorite_de_sante.pdf.

organisation. Puisqu'on le faisait sur la V1 sur le papier, autant le mettre en application par mon intermédiaire sur le terrain. J'ai dit "pourquoi pas", donc j'étais l'infirmière des urgences et la référente [la cadre de service], c'est comme ça que c'est venu [que je suis devenue cadre de service] avec l'accord de la direction. Et au fur et à mesure, on m'a délégué plein de choses, les statistiques des urgences, aller à la DDASS, aller aux réunions de ceci ou cela, mettre en place une organisation, etc., etc. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

Ainsi, sans avoir suivi aucune formation particulière⁵³⁶, elle devient progressivement cadre des urgences, puis du service de médecine et, enfin, quand nous la rencontrons, du service de soins de suite et de rééducation (SSR) de la clinique. Mme Renaud, comme les autres professionnels de la Clinique E, a l'habitude de prendre en charge les « grandes familles » identifiées comme roms vivant à proximité de l'établissement. Elle raconte de quelle façon des enfants présumés roms transformeraient la salle à manger du service de SSR en terrain de jeu. Elle dit devoir rappeler à leurs parents que les actes autorisés chez eux ne peuvent pas avoir lieu dans le service car il s'agit d'un espace de soin. En supposant que ces enfants sont autorisés à marcher sur les tables chez eux, Mme Renaud souligne à la fois la spécificité supposée des normes de comportement « roms » et le jugement moral négatif qu'elle porte sur les normes en question.

« Les enfants qui courent, grimpent de partout, mettent leurs pieds de partout... La dernière fois, les gamins étaient debout sur les tables dans la salle à manger, je dis "mais qu'est-ce que vous faites là?", "on joue", "vous allez me sortir de là !" Et y'a tout de suite l'adulte qui arrive "mais Madame, c'est des enfants !", "Oui mais Monsieur, c'est des soins ici, vous accepteriez que je mette mes pieds sur le ventre du monsieur ou de la dame qui est là ? Ici, ça fait partie des soins, les gens [les patients] vont manger [ici]. Ils [les enfants] n'ont pas à monter sur les tables. Si chez vous ils le font, ici ils ne le feront pas. Si vous êtes pas content, vous pouvez toujours partir". Alors les gamins s'en vont, mais il n'y a rien de fermé à clé ici, ils reviennent, une fois que j'ai tourné le dos, ils rigolent et reviennent. Non, c'est pas simple (...), ils sont chez eux. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

Les accompagnants identifiés comme roms sont donc décrits comme particulièrement envahissants par les professionnels de santé que nous avons rencontrés. Non seulement ils viendraient en nombre accompagner leur proche hospitalisé, mais ils s'approprieraient les espaces institutionnels en s'y comportant « comme chez eux », sans égard pour les autres usagers de l'établissement. Par l'utilisation de l'expression « comme chez eux », les enquêtés soulignent que les

⁵³⁶ « [la DSSI] m'a dit que, de toute façon, un cadre, ça ne se formait pas à l'école mais sur le terrain, même sans diplôme. C'est pas l'école qui apprend à gérer du personnel, à être sur le terrain et, oui, on a un diplôme mais il faut le mettre en pratique. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

« Roms » auraient des normes de comportement – ou « règles cérémonielles »⁵³⁷ selon l'expression d'Erving Goffman – différentes de celles qui prévalent dans la société majoritaire. Pour cet auteur, *« les contacts entre groupes sociaux sont fréquemment une source de difficultés, car des sociétés ou des sous-cultures différentes expriment la déférence et la tenue de façons diverses, donnent des significations cérémonielles différentes au même acte, et se soucient diversement de choses telles que l'assurance ou la vie privée. »*⁵³⁸ Il est ici évident que les professionnels hospitaliers interrogés considèrent que les « familles roms » adoptent une conduite inconvenante en pique-niquant sur les pelouses de l'institution de santé, en discutant à haute voix dans les salles d'attente ou en laissant leurs enfants jouer dans les lieux de vie réservés aux patients hospitalisés. A leurs yeux, ils contreviennent ouvertement aux règles cérémonielles censées régir le comportement des usagers dans l'institution. De nombreux professionnels expliquent alors le comportement des membres des « familles roms » à l'hôpital par leur différence ethnique ou culturelle, leur extériorité à la société majoritaire, superposant ainsi à la frontière morale, une frontière raciale.

« Ils font ça parce qu'ils sont très famille, ils sont inquiets, voilà, ils sont inquiets, comme n'importe quelle personne. Ce serait mon enfant, il est là, je serais inquiète aussi, j'aurais voulu être là aux soins, c'est n'importe quel type de personne, elle réagit comme ça. Bon après, maintenant eux, c'est vrai qu'ils ont toujours été très famille, très ensemble, très, ils ont toujours vécu ensemble, ensemble, ensemble, toujours ensemble donc, dès qu'il y a quelque chose, c'est, bon y'a un problème, tous ils se déplacent ensemble. Je pense que c'est culturel et ethnique aussi. » Nina, ~30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Quand tu dis "non Monsieur, on peut pas vous laisser rentrer, il [le patient que vous accompagnez] est au scan[ner], il est avec le médecin", d'une ils te croient pas, il faut qu'ils voient leur grand-mère, la grand-mère de ceci, de cela, alors ils vont passer, faire le tour à gauche, à droite, il faut qu'ils rentrent à plusieurs. Je trouve juste qu'ils sont indisciplinés à ce niveau-là, mais ils sont comme nous. C'est juste que dans leur communauté, ils font les choses comme ça. (...) Nous, on prend des nouvelles par téléphone. Mais c'est la communauté, c'est comme ça, on n'y peut rien. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

Plusieurs professionnels hospitaliers font le lien entre la « tradition communautaire » des « Roms » et leur comportement irrespectueux des règles

⁵³⁷ « Une règle cérémonielle est une règle qui guide la conduite quant aux affaires que l'on estime peu ou même pas du tout importantes par elles-mêmes, mais qui valent avant tout – officiellement du moins – comme moyens de communication conventionnels grâce auxquels l'individu exprime son personnage ou porte une appréciation sur les autres. » Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, op. cit., p. 48.

⁵³⁸ *Ibid.*, p. 76.

institutionnelles dans les établissements de santé, cette argumentation leur permet de justifier leur propre impuissance à faire cesser ces pratiques jugées déviantes. Ainsi, pour M. Gherbi le directeur administratif de la clinique E, du fait de leur « façon de vivre », ces populations aux « mœurs un peu particulières » ne respecteraient ni les horaires de visite, ni le nombre maximum de visiteurs, ni les injonctions au silence, malgré ses rappels à l'ordre répétés.

« Le fait que les gens [Les Roms] aient des grandes familles, ça c'est un problème, donc le respect des horaires faut même pas y compter, c'est une cata[strophe] ! Les gens viennent quand ils ont envie, on dit une fois, deux fois, dix fois mais ça dégénère parce que les gens, des fois, sont un peu sanguins, [ils ont] des mœurs un peu particulières. (...) Pareil, quand la mama, la matriarche est hospitalisée, il y a cinquante personnes qui viennent discuter dans le hall bruyamment. (...) [Alors,] je vais les voir, on discute. Ils sont respectueux parce qu'on soigne leur maman mais y'a un tel décalage entre les règles et leur façon de vivre que ça ne dure pas longtemps. Au bout d'un moment [ils recommencent]... parce qu'ils ont l'habitude de parler fort, d'être en groupe, d'être nombreux. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

Malgré leur reconnaissance à l'égard d'une institution qui prend soin de l'un d'entre eux, les « Roms » ne parviendraient pas à aller contre leur « habitude » culturelle, même si cela signifie contrevenir aux règles édictées par la direction de l'établissement. De même, Marcel Boughalem, le cadre du service d'oncologie de l'Hôpital public A, considère qu'il y a un lien direct entre « l'ethnie des Roms », « leur culture » et le fait que les membres des familles présumées roms ne respectent pas les règles qui régissent les modalités de visite dans les services.

« Ils sont pas dans le respect des règles. Pourquoi ? J'en sais rien. Après, c'est sûrement une question... Moi, j'ai pas, j'ai pas approfondi l'ethnie des Roms, mais je pense que c'est dans leur mode de fonctionnement et dans leur culture. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

La résistance des usagers identifiés comme roms aux injonctions des professionnels hospitaliers est ainsi interprétée comme le résultat d'une tradition culturelle particulière. L'altérité totale des « Roms » expliquerait leur désinvolture à l'égard des autres patients hospitalisés, leur mépris pour le respect de chacun et le bien-être de tous. Les enquêtés disent comprendre que cette différence culturelle pousse les accompagnants présumés roms à « envahir » les espaces institutionnels, ils sont moins indulgents vis-à-vis des pratiques d'accaparement dont ils estiment être victimes à cette occasion et qui, selon eux, les empêchent de mener à bien leur mission de soin.

4.1.2. Accaparement des professionnels, obstruction des soins

Du fait de leur nombre et de leur comportement, les accompagnants identifiés comme roms sont perçus par les enquêtés comme encombrant les services, perturbant la réalisation du travail de soin et accaparant indûment l'attention des professionnels hospitaliers.

Djamila, une aide-soignante du service de chirurgie de la Clinique privée E, explique que les services d'hospitalisation suivent une routine quotidienne très stricte. Comme le note Anthony Giddens, « *la routine est à la fois intrinsèque au maintien de la personnalité de l'agent, qui se déplace le long des sentiers des activités quotidiennes, et aux institutions sociales, dont le caractère institutionnel dépend entièrement de leur reproduction continue.* »⁵³⁹ Dès lors, le non-respect des modalités de visites par les accompagnants perçus comme roms perturbe le fonctionnement du service en empêchant la réalisation des tâches professionnelles en lien direct avec le soin. Djamila est née en Algérie, dans les montagnes de « la petite Kabylie ». Elle arrive en France à l'âge de douze ans sans avoir « jamais été à l'école de [sa] vie ». Elle obtient un CAP puis un BEP bio service, mais sans baccalauréat, elle ne peut prétendre au métier d'infirmière dont elle rêve depuis l'enfance.

« Je suis partie en Belgique, parce que j'habitais à (...) la frontière belge. Là-bas, en Belgique, on peut rentrer directement à l'école d'infirmière mais on ne passe pas de concours. Moi, je suis rentrée à l'école d'infirmière là-bas donc j'ai d'abord fait (...) l'équivalent d'AS [aide-soignante] (...). Au début ça se passait très, très bien dans ma classe. Et après, au fur et à mesure, on entendait des trucs sur le racisme et, après, j'avais du mal sur la fin à supporter tout le temps dans la classe les remarques, "Vivement que Le Pen passe". (...) Du coup ça m'avait perturbée et en plus financièrement, j'avais vraiment besoin [de travailler]. » Djamila, 37 ans, aide-soignante, service de chirurgie, Clinique privée E.

Une infirmière libérale qui soigne son père, un ancien ouvrier, propose alors à Djamila un emploi d'auxiliaire de vie auprès d'un couple de retraités de sa connaissance. Elle accepte, pensant reprendre rapidement ses études, et travaille pour eux jusqu'à leur décès, deux ans plus tard. Son mariage, puis la naissance de son premier enfant l'éloignent de son projet de formation en soins infirmiers. Lorsque nous nous rencontrons, elle travaille depuis dix ans comme aide-soignante

⁵³⁹ Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 109.

à la Clinique privée E et envisage, maintenant que son troisième enfant est grand, de passer le concours d'entrée en IFSI. Pour elle, la prise en charge des usagers « roms », « c'est l'enfer, parce que ils sont très, très solidaires ».

« Quand on leur dit que la visite ne commence que l'après-midi, [les Roms] ils ne veulent rien entendre, ils sont là dès 8h du matin et ça défile toute la journée. On a vraiment du mal à leur faire comprendre qu'il ne faut pas qu'ils viennent à autant et qu'il y a des heures à respecter. (...) Le matin, on a des soins à faire, on doit s'occuper des patients, les médecins passent faire les visites. On va dans la chambre, y'a le ménage, y'a les soins, y'a tout. C'est gênant, ils encombrent. Pareil, on leur dit, on retourne, on retourne [leur dire], on repasse [les voir]. On laisse pas passer. On est derrière à les surveiller, à leur dire. » Djamila, 37 ans, aide-soignante, service de chirurgie, Clinique privée E.

On retrouve ici l'impuissance ressentie par les professionnels hospitaliers face aux comportements inappropriés des usagers présumés roms : « on leur dit, on retourne, on retourne [leur dire], on repasse [les voir]. On laisse pas passer. » Charlotte, une élève infirmière rencontrée lors de son stage pré-professionnel aux urgences de l'hôpital public L, explique également en quoi la présence de nombreux accompagnants en dehors des heures de visite « parasite » le travail infirmier et est préjudiciable à la qualité des soins dispensés. Charlotte est en dernière année de formation au moment de l'entretien. Sa mère est aide-soignante dans un établissement de banlieue parisienne, elle connaît par conséquent le milieu hospitalier depuis l'enfance. Après un bac Science médico-sociale et une année de faculté de biologie (pour « voir jusqu'où [elle] pouva[i]t aller »), elle passe et obtient plusieurs concours d'entrée en IFSI dont celui de l'AP-HP qui lui semble « plus élaboré » que les autres. Elle choisit l'IFSI de l'Hôpital public B à Paris, ce qui lui offre de nombreuses opportunités de stages. Une fois diplômée, elle a pour projet de trouver un poste dans un service d'urgences pour pouvoir, après deux ou trois années d'expérience, « partir en humanitaire ». Elle dit avoir choisi d'être infirmière par goût pour le « contact avec l'humain ».

« A l'hôpital, (...) les gens sont, je vais pas dire plus francs ou plus eux-mêmes mais comme ils sont confrontés à la maladie, ils sont, je sais pas comment dire, ils sont eux-mêmes voilà. Moi j'ai l'impression en tout cas, si y'a un trait de caractère, il ressort puissance dix, mais leur vrai trait de caractère. Moi j'aime bien, j'aime bien être confrontée aux gens, et c'est dans ce moment-là qu'ils se révèlent, ils ont besoin de parler, ils ont besoin de quelque chose et ben moi j'aime pouvoir être là, pouvoir ne serait-ce que les écouter. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

Pour elle, il est toutefois « très gênant » de devoir soigner un patient dont de nombreux accompagnants sont présents, non seulement parce qu'ils encombrent

son espace de travail, mais également parce qu'ils interfèrent dans sa relation avec le patient.

« C'est très gênant en tant que soignant d'avoir une foule de personnes autour de ton patient et dans ton cercle de travail, (...) c'est pas bon je trouve, les visites ça se fait à deux, trois grand maximum et sur une courte durée, et pour nous, et pour eux, parce qu'il faut pas que les soins ou la prise en charge soient, soient comment dire, biaisés on va dire par cette présence. Le fait, le patient ne va pas nous dire la même chose en présence de sa famille et quand sa famille sera pas là. Nous, si on a besoin de faire un soin, ben c'est super désagréable d'avoir dix personnes autour de toi qui te regardent, qui disent "non mais faites pas comme ça, mon père, ma mère, elle est comme ça, il est comme ci", "écoutez monsieur, bah voilà, ça va se passer comme ça dans tous les cas". C'est super gênant, ça parasite un peu ton travail et ta prise en charge de ton patient parce que t'es obligé de faire attention à dix personnes qui sont autour de toi, qui, en fonction de la situation, vont t'interpeller tout le temps, vont parler à la personne, la personne va bouger son bras parce que... C'est super gênant, c'est, c'est difficile de travailler dans ces conditions en fait. C'est pour ça qu'il y a des heures de visite, et qu'il faut les respecter et le nombre de personnes pour aller voir les personnes. C'est pas contre eux, bon après, ils comprennent pas forcément que c'est pas méchant contre eux, mais c'est important. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

Les infirmières ne sont pas les seules à se plaindre de la présence des accompagnants présumés roms comme d'un obstacle à leur pratique professionnelle. Les médecins et les professionnels paramédicaux décrivent tous les incessantes demandes de renseignements émanant des nombreux membres de la famille du patient présumé rom à propos de son état de santé, des soins qu'il reçoit, etc.⁵⁴⁰ Notons qu'il n'est qu'exceptionnellement fait mention de l'inquiétude ou de l'angoisse potentielles de ces accompagnants présumés roms.

« Et quand ils [les accompagnants roms] sont cinq, six et, toutes les trente secondes, il y a une personne qui ouvre la porte et communique avec une autre personne dans la salle de soin pour demander "et puis on fait quoi? On attend quoi? " machin... Ça a le don d'énerver un tout petit peu. Quelquefois on les met dehors, et puis ça s'échauffe. C'est pour ça qu'il faut être ferme avec eux. C'est pour ça que, quand on accepte qu'ils rentrent, on leur dit sous condition "vous allez voir le patient. Vous en avez pour cinq minutes et puis vous repartez en salle d'attente en attendant les résultats". Parce que sinon, toutes les trente secondes, ils vont vous demander si les résultats sont arrivés, "on fait quoi? Et pourquoi les résultats ne sont pas arrivés?", "Je ne sais pas, c'est pas nous qui gérons, c'est le labo et c'est les machines au labo". » Dr. Tristan Kinhou, 43 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

A ces demandes incessantes et encombrantes, s'ajouteraient des demandes jugées inadaptées et déplacées par les agents hospitaliers, comme l'explique l'hôtesse d'accueil des urgences de la clinique E. La situation décrite rappelle alors ce que

⁵⁴⁰ Voir davantage de témoignages sur ce thème, chapitre 5, pp.378-387.

Serge Paugam appelle le « *retournement de la relation inégale assistant-assisté* » via l'instauration, à l'initiative de l'utilisateur, d'un échange amical non hiérarchique. Pour lui, « *la familiarité, le tutoiement et la sincérité font partie de cette mise en scène.* »⁵⁴¹.

« Eux [les Roms], c'est terrible, c'est des pots de colle ! Ils vont passer voir une personne hospitalisée, ils vont venir me voir mais, en même temps, ils sont gentils, ils vont me dire "tu veux une canette de Coca, un café?", "Non merci !", "Tu peux me faire une photocopie?". » Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

Les professionnels hospitaliers soulignent le décalage existant entre les enjeux institutionnels et le comportement de ces usagers qu'ils jugent irrespectueux du travail qu'ils s'efforcent de mener à bien malgré tout. Jeanine, infirmière aux urgences de l'Hôpital L, décrit par exemple comment des usagers qu'elle identifie comme roms la traitent comme une serveuse alors qu'elle a la charge de nombreux patients urgents. Pour elle, au vu de la mission de soin qui est la sienne, cette attitude est une « aberration ».

« Moi, ma priorité c'est les patients, donc je vais m'occuper des patients. Après, la famille, si elle est envahissante, si elle me gêne dans les soins, chose qui est déjà arrivée, parce que les gens qui vous font limite des croche-pieds, qui sont comme ça, et que vous avez un couloir de traumatologie plein à craquer... Et j'en ai même un qui m'a demandé d'aller lui chercher un café une fois ! Alors que j'avais deux cols du fémur et que j'avais trente-six mille choses à faire, on m'a donné la pièce pour aller chercher le café à la cafétéria ! Je lui dis "non mais, alors là, ça va pas être possible là", je lui dis "regardez un peu ce qui se passe autour de vous, je crois que le café, vous allez..." (rires). En fin de compte, l'infirmière, elle est bonne à tout, c'est... ah oui, non mais parfois on a des aberrations ! On sait pas si on doit en rire, ou pleurer, c'est... et les patients roms, je n'ai rien contre les Roms, mais ils sont assez difficiles en général à gérer pour la famille. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Ici, le comportement des accompagnants présumés roms constitue indéniablement un affront aux objectifs de soin, et aux valeurs d'humanité et de solidarité qui guident la pratique de Jeanine. Elle explique alors les difficultés engendrées par le comportement des accompagnants présumés roms par « le sens de la famille » au fondement de leur « culture ».

« Ça m'est arrivé [de prendre en charge des patients roms] mais des patients roms, c'est un patient rom avec toute la famille derrière, donc ça c'est assez difficile à gérer parce qu'ils sont très envahissants. On n'a pas, au niveau culturel, c'est pas du tout pareil, donc c'est vrai que eux ils ont beaucoup le sens famille, donc si on a un patient, on a cinq, six personnes de sa famille qui suivent, et en fin de compte, ils ont, ils ne comprennent pas que la famille doit rester la plupart du temps en salle d'attente, et qu'on donne les informations

⁵⁴¹ Serge Paugam, *La disqualification sociale*, op. cit., p. 103.

une fois qu'on les a. Mais qu'ils peuvent pas être autour du brancard, scotchés comme ça, c'est pas possible. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Ce manque de civilité des usagers identifiés comme roms est également décrit par Fabienne, infirmière dans le même service. Elle explique son engagement dans la profession infirmière comme une vocation ressentie dès le plus jeune âge.

« C'est très simple, à trois ans j'ai commencé à soigner des gens, j'ai jamais su pourquoi, j'ai personne dans mon milieu qui est médical. Et j'ai fait des cures, j'étais asthmatique, mais je sais pas, j'ai toujours été attirée par ça et mon père était hospitalisé, j'étais super contente, j'avais une fracture, j'étais super contente, à seize ans on a été visiter un hôpital avec ma mère parce qu'il était nouveau et j'avais envie d'y aller. Bref, j'ai tout fait, parce que j'ai fait un BEP comp[te]b[il]ité, j'ai tout fait pour avoir le bac pour être infirmière, j'ai réussi à avoir le concours et dès mon premier stage j'ai su que j'étais chez moi. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Une fois diplômée, elle travaille deux années dans un service de chirurgie d'une clinique privée avec laquelle elle a signé un contrat d'apprentissage pour pouvoir subvenir à ses besoins durant ses études. Mais son objectif a toujours été de travailler dans un service d'urgences, ce qui se concrétise en 2005 à l'Hôpital public L.

« Ce que j'aime bien [aux urgences] c'est le côté qui est... désorganisé en étant organisé, c'est à dire que tu sais pas ce qui t'attend, tu sais pas sur quoi tu vas tomber, c'est pas routinier, c'est pas logique. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

A propos des patients présumés roms, elle dit avoir « appris quelques trucs » sur « la communauté roumaine » en faisant des gardes de nuit aux urgences de la Clinique E. Elle estime que c'est une population « difficile à prendre en charge ». Citant le cas d'une patiente présumée rom sans aucun problème de santé que le service a dû hospitaliser pour la nuit sous la contrainte de sa famille, elle explique qu'il y a certaines choses qu'il est « impossible dans, entre guillemets, leur "culture" de leur faire comprendre ». Selon elle, il y a moins de patients qu'elle identifie comme roms aux urgences de l'Hôpital L qu'à la Clinique E, mais elle se rappelle en avoir récemment pris en charge. Quelques jours avant l'entretien conduit avec Fabienne, une patiente de soixante et onze ans, identifiée comme rom, est amenée par les pompiers pour malaise alors qu'elle mendiait dans une gare parisienne. Les soignants décident de la garder une nuit en observation à l'unité d'hébergement d'urgence (UHU). Fabienne la prend en charge le lendemain matin, à son arrivée dans le service. Elle exprime son sentiment d'impuissance face au comportement déplacé de cette patiente dans le service : elle parle fort,

dans une langue que personne ne comprend et réclame un café. Cette incapacité à distinguer « ce qui est bien ou pas à faire » est jugée gênante par Fabienne qui est, par ailleurs, occupée à gérer le décès d'un patient.

« Je l'ai retrouvée en fait à l'UHU le mardi et il s'est avéré qu'en fait elle avait une infection bronchique, donc ça allait mieux et, en fait là, ce qui était un peu bizarre, donc elle parlait en fait dans sa langue, tout en sachant que tu comprenais pas donc elle criait ou elle disait "café" mais elle avait pas trop la notion entre guillemets de "ce qui est bien ou pas à faire" tu vois ? Parce qu'elle rigolait hein. Elle disait "oui, café, café" et j'avais un deuil en fait que j'étais en train de m'occuper, mais tu peux pas lui expliquer, j'avais un décès et je disais "non madame, je peux pas là" et elle criait. (...) En fait, après donc y'avait son mari qui venait souvent et il faisait un peu comme si c'était chez lui quoi. (...) Il s'asseyait machin, il parlait, il disait "hôpital, n'importe quoi", des trucs comme ça. (...) Et après, [son fils] lui amène à manger tout ça, donc y'avait [une interne] aussi beaucoup qui s'en est occupée (...) qui dit "non mais, écoutez, vous pouvez pas faire [ça !]". Enfin, voilà, il restait comme ça et (...) puis il disait "c'est n'importe quoi, c'est le bordel, c'est le foutoir ici, c'est..." C'était assez comique quoi ! » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Si elle décrit l'ensemble de la situation comme « comique », elle dit éprouver un malaise à devoir gérer cette patiente bruyante alors qu'elle s'occupe par ailleurs d'un patient qui vient de décéder dans le service. La situation lui semble inconvenante. Fabienne juge inapproprié le comportement de cette patiente, de son mari et de son fils dans un service d'urgences. Elle explique « le foutoir » qu'ils mettent dans le service par les règles culturelles différentes qui leur ont été inculquées au sein de leur « communauté ».

« Je sais pas quand même combien de décennies tu, de décennies tu remontes, mais un bébé qui naît dans une roulotte, il vit avec ses parents et il apprendra les mêmes règles que ses parents, je veux dire, tu peux pas lui enlever ça (...). C'est culturel. Je veux dire, après, il faut un sacré caractère et un potentiel énorme pour enlever de ça, je veux dire tout le monde a besoin de ça. Si moi j'avais vécu là-dedans, je serais peut-être roumaine, je serais peut-être rom, qu'est-ce que j'en sais ? » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Mme Lemoine, la directrice du service des soins infirmiers de l'Hôpital public L, explique le comportement particulier des « Roms » à l'hôpital, et notamment leur accaparement des soignants, par leur différence culturelle et leur rejet des « codes de l'hôpital ».

« Je pense que c'est culturel, ils veulent savoir et ils entrent dans un domaine qu'ils ne connaissent pas du tout, donc ils veulent savoir et si vous ne dites pas, ou s'ils estiment que vous ne dites pas, même si vous dites, ça va pas, c'est très problématique. Ils ont des rapports avec la mort qui est particulière, ils ont des rapports avec la technique qui est particulière et puis ils n'acceptent pas les codes de l'hôpital, venir deux personnes à la fois en service de réanimation, deux fois deux heures dans la journée, pour eux c'est pas, ça convient pas, ça convient pas. Ça veut dire qu'effectivement, on a quelque chose à ne pas

montrer, donc, je crois d'ailleurs que dans leur, dans leur pays – si tant est qu'ils en ont un puisqu'ils sont un peu chassés de partout – les, l'intégration des familles est beaucoup plus importante, et on dirait même qu'on laisse à la famille une grande part de la prise en charge et donc, là, ils sont pas, ils sont pas sollicités pour ça et ça serait quand même assez difficile dans l'organisation hospitalière. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

Pour elle, la différence de « codes » culturels entre les « familles roms » et les membres de la société majoritaire – parmi lesquels les soignants – entraînerait des risques de mauvaise compréhension ou d'interprétation erronée des situations de prise en charge, qui provoqueraient à leur tour des situations « teintées d'agressivité ».

« Ce sont des prises en charge qui sont, c'est extrêmement complexe, extrêmement complexe parce que les codes ne sont pas les mêmes, leur rapport à la maladie est particulier, le patient [rom] en général ne demande rien mais la famille veut tout savoir et leur compréhension est facteur de la façon dont on va leur expliquer les choses, un mot peut en entraîner un autre et c'est pas ce qu'on a voulu dire, on essaye d'expliquer, et puis tout le monde s'enflamme, les choses se propagent, enfin c'est, c'est des, c'est des situations qui sont difficiles et complexes, lorsque elles sont teintées d'agressivité, c'est en plus très insécurisant. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

Ainsi, les professionnels interrogés jugent la présence des accompagnants présumés roms à l'hôpital encombrante et irrespectueuse du travail qu'ils doivent mener à bien. La frontière morale qu'ils tracent à l'encontre du comportement des membres du groupe qu'ils identifient comme rom se double fréquemment d'une frontière raciale. Cette double frontière morale et raciale s'épaissit encore un peu plus lorsque certains des enquêtés soupçonnent les accompagnants présumés roms de profiter de leur venue à l'hôpital pour détourner les ressources matérielles de l'établissement ou perpétrer des vols de fournitures médicales ou d'objets appartenant aux autres patients hospitalisés⁵⁴².

4.1.3. Du détournement des ressources matérielles aux soupçons de vols

Plusieurs professionnels interrogés rapportent que les membres des « familles roms » profiteraient, à l'occasion de leur présence dans les services, des ressources matérielles mises à la disposition des patients hospitalisés dans les établissements

⁵⁴² Sur les autres formes de détournement dont les patients présumés roms se rendraient coupables à l'hôpital, voir chapitre 2, les « consultations collectives » pp.142-150 et les demandes d'hébergement pp.159-188.

de santé⁵⁴³. Ainsi, l'hospitalisation d'un patient identifié comme rom donnerait lieu à un usage collectif des équipements de la chambre du patient ou du service. Un article du dossier intitulé « A la découverte des Tziganes » de la revue professionnelle *Soins Pédiatrie-Puériculture* décrit un groupe de huit à dix personnes « envahissant » le service d'orthopédie où est hospitalisé un petit garçon identifié comme rom. D'après les professionnels dont les propos sont rapportés dans cet article, sa mère coucherait auprès de lui durant toute l'hospitalisation et utiliserait quotidiennement la salle de bain. Quelques femmes du groupe viendraient également se laver dans cette salle de bain durant la journée, salle de bain qui serait très sale après leur passage⁵⁴⁴. Des témoignages similaires relatifs au « détournement » des ressources matérielles des services par les « familles roms » ont été recueillis auprès des professionnels travaillant dans les établissements enquêtés.

Donia, infirmière dans le service de chirurgie de la clinique E, explique que les accompagnants des patients présumés roms utiliseraient constamment les douches du service. Pour elle, ce détournement des équipements sanitaires du service constituerait un « manque de respect et d'hygiène » à l'égard des patients du service, et tout particulièrement envers ceux partageant une chambre double avec ces patients présumés roms. Une fois de plus, l'expression utilisée pour qualifier ce comportement est « comme à la maison » et la frontière morale qui y est associée est clairement marquée par des jugements négatifs tels que « ça ne se fait pas » ou « sans gêne ».

« C'est vrai qu'ils viennent, ils sont nombreux, des patients en chambre double, ils sont nombreux. Le souci qu'on a aussi c'est qu'ils prennent des douches dans les chambres. Et on a une douche dans le couloir pour les patients qui ont besoin de place, des fois y'en a qui vont prendre des douches dans la douche des patients. Les douches sont réservées aux patients, si tout le monde passe. Des fois, ils sont dix à passer dans les douches, c'est pas propre quoi. Moi, je trouve que ça ne se fait pas. Quand ils sont en chambre simple ça va, mais quand ils sont en chambre double, pour le patient qui est à côté, je trouve que c'est un

⁵⁴³ Camille Boissieu, élève directeur d'hôpital, parle même de « squat des hôpitaux » pour désigner la présence de « Roms » dans les établissements de santé, motivée uniquement par les différentes ressources qui y seraient à disposition : « La dernière difficulté avec les Roms c'est bien évidemment le squat des hôpitaux de manière générale, c'est-à-dire qu'il y a pas forcément de patients qui y sont mais il fait chaud, y'a un distributeur et des prises électriques pour recharger le portable. Donc là, pareil, on nous appelle pour dire qu'ils sont très nombreux, ou que ils dégradent parce qu'ils laissent des papiers par terre, qu'ils font du bruit, qu'ils sont à côté de la machine à café, que machin... Là aussi, quels sont nos moyens par rapport à ça si ce n'est... si ce n'est d'appeler la police, on n'a pas non plus grand chose à faire. » Camille Boissieu, 32 ans, élève directeur d'hôpital.

⁵⁴⁴ « L'histoire de Michaël », *Soins Pédiatrie-Puériculture*, juin 2006, n° 230.

manque de respect et d'hygiène. (...) [Pour caractériser leur comportement,] je ne dirais pas sans gêne, mais un synonyme. Ils ne se posent pas la question, "on est à l'extérieur et on fait comme à la maison". » Donia, 25 ans, infirmière, service de chirurgie, Clinique privée E.

Ingrid, l'assistante sociale du service de gynécologie de l'hôpital L, constate les mêmes types d'abus de la part d'utilisateurs identifiés comme roms : utilisation des douches dans les chambres, mais également des lavabos de l'accueil des urgences pour se laver les dents et changer les enfants. Après avoir suivi un cursus universitaire en langue, être allée vivre en Angleterre, puis être entrée dans la vie active, Ingrid décide de reprendre des études pour devenir assistante sociale.

« Je me suis vraiment posée sur ce que je voulais faire, en tout cas ce qui m'intéressait particulièrement et c'était les autres. Les autres, ça veut tout dire et rien dire, mais en tout cas c'était l'être humain de manière générale. Et voilà, assistante sociale ça me paraissait ce qui, en tout cas ce qui se rapprochait de moi, le plus de ce que j'attendais, de ce que je pouvais donner. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ingrid est en poste aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L depuis trois ans au moment de l'entretien. Elle estime que ses compétences linguistiques sont un atout dans l'exercice de son nouveau métier et affirme son goût pour la « notion d'interculturalité, [qui lui] paraît essentielle de nos jours ». Elle rapporte l'agacement de l'équipe médicale face au détournement des ressources matérielles du service par les accompagnants des patientes présumées roms et en déduit que ce comportement inapproprié pourrait « éloigner les Roms des soins ». Citant le cas d'une famille en particulier, elle parle de personnes « cortiquées »⁵⁴⁵ qui auraient pourtant choisi de contrevenir volontairement aux instructions qui leur étaient données. La dimension intentionnelle de la transgression est au centre de la critique, portée par les professionnels hospitaliers en général et par Ingrid en particulier, à l'égard du comportement des usagers présumés roms à l'hôpital.

« On a eu une famille, c'était très, très compliqué parce que, aucun respect des règles de l'hôpital, c'est-à-dire qu'il y a toute la famille qui venait se doucher à la maternité, ils venaient, c'était infernal ! (...) Y'a un moment donné où l'équipe médicale, ils en pouvaient plus quoi, et ça, ça peut expliquer que ça les éloigne du soin, ou en tout cas... Franchement ouais, même nous qui sommes assistantes sociales, on a l'habitude, y'a un moment donné on leur a dit "non, c'est plus possible" quoi, ils prenaient les urgences pour un accueil de jour, ils venaient là pour se laver les dents, changer le bébé, et ça, mais ils étaient très, très bien ici, mais voilà, les règles non, trop dures à respecter. Et je pense qu'ils

⁵⁴⁵ Terme du jargon hospitalier désignant métaphoriquement des patients pourvu d'un cortex et, par conséquent, conscients de leurs actes, doués de sens pratique. On retrouve cette expression dans la bouche des enquêtés d'Anne Paillet, voir par exemple : Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 118.

étaient cortiqués, qu'ils comprenaient bien ce qu'on pouvait leur envoyer, mais qu'ils en avaient strictement rien à faire. (...) C'est ça qui pose problème, c'est voilà, c'est "on fait ce qu'on veut". » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Finalement, l'évocation de la présence des « familles roms » dans les établissements de santé suscite parfois, de la part des enquêtés, des réflexions relatives aux vols qui seraient régulièrement perpétrés dans les établissements de santé. Par exemple, Dolorès, aide-soignante en charge de l'accueil des urgences de l'Hôpital public P, fait immédiatement le lien entre les « groupes de Roumains » qui viennent rendre visite à leurs proches hospitalisés et les vols qui auraient lieu à l'hôpital.

« Et dans les hôpitaux, peut-être que tu connais déjà mais [que] tu, tu essayes de me le faire dire (rit), y'a beaucoup de vols. Quand y'a beaucoup de visites, y'a beaucoup de vols, ça tu le sais. (...) Bah le soir, tout est fermé, sinon on retrouverait jamais rien. Parce que les patients pensent que c'est le personnel qui vole, genre les infirmières et les aides-soignantes, mais nan. C'est quelqu'un qui se trompe de chambre, c'est pas sa famille, il voit un portable, il le prend. C'est souvent, moi quand j'étais en maternité, la dame elle va aux toilettes, quand elle revient y'a plus son portable... C'est les visites, c'est pas le personnel. » Dolorès, ~25 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Les discours publics présentant les « Roms » comme des voleurs – tels que nous les avons déjà présentés dans le cadre du premier chapitre de cette thèse⁵⁴⁶ – ou comme des profiteurs⁵⁴⁷ nourrissent les soupçons de certains enquêtés sur la finalité réelle de la venue des « familles roms » à l'hôpital. Du fait de leur réputation de voleurs, les professionnels les suspectent par exemple de profiter des consultations aux urgences ou de l'hospitalisation de leurs proches pour dérober du matériel médical. Lorsque nous rencontrons Mme Lemoine, la directrice des soins à l'hôpital L, pour lui présenter ce projet de recherche et obtenir son autorisation pour enquêter dans les services, elle déclare qu'il y a fréquemment des patientes qu'elle identifie comme roms hospitalisées dans le service de gynécologie-obstétrique de l'établissement. Puis, elle ajoute qu'elle est passée dans ce service lors de sa dernière garde et que les infirmières n'en pouvaient plus, « je ne voudrais pas faire votre étude à votre place mais il ne restait plus une couche ou un

⁵⁴⁶ Voir chapitre 1, pp. 89-98. Ainsi que : François Robinet, *Roms = voleurs?*, <http://www.decryptimages.net/index.php/12-15-ans/450-roms-voleurs>, consulté le 3 décembre 2015 ; Caroline Damiens, « LMSI », *op. cit.*

⁵⁴⁷ Voir chapitre 3, pp.200-218.

litre de lait dans tout le service, ils avaient tout emporté »⁵⁴⁸. Elle fait immédiatement le lien entre « population rom » et vols. De même le docteur Kinhou, médecin aux urgences de l'Hôpital public G, parle de la « curiosité » des « populations de Roumains » « connus pour leur capacité » à voler.

« [Les Roms] ils fouillent, ils fouillent, ils fouillent, donc il faut faire attention. Y'a des personnes que, si ils rentrent dans un box, il faut faire attention que il n'y ait pas des choses volatilisées. Je ne dis pas forcément qu'ils le font. Y'a des populations de Roumains qui sont connus pour leur capacité. Mais ils sont comme ça, ils sont curieux. La curiosité est parfois malsaine. » Dr. Tristan Kinhou, 43 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Yazid, aide-soignant aux urgences de la clinique E, est né à Tizi-Ouzou, en Algérie, en 1968. Il a deux frères et deux sœurs qui vivent tous encore en Algérie. Il a peu connu son père qui était employé comme ouvrier dans l'industrie automobile française durant toute son enfance. Après le bac, il choisit de devenir infirmier et exerce pendant plus de dix ans en Algérie.

« Dans tous les services où j'ai été, en médecine, en chirurgie, les dernières années j'étais aux urgences, c'était du bricolage parce que on n'avait pas de moyens. Bon, en Algérie, il y a deux médecins comme ici, mais le nombre de passages c'est pas pareil : on faisait jusqu'à cent cinquante, deux cent personnes par jour ! Avec deux médecins et on était cinq infirmiers ! Je parle pour la journée de 8h à 16h et, la nuit, y'a un seul médecin et trois infirmiers, on faisait jusqu'à... Et y'a de tout : les accidentés de la route, les blessés par balle, de tout, avec le terrorisme qu'il y avait... » Yazid, 42 ans, aide-soignant, service d'urgences, Clinique privée E.

En 2000, il décide avec sa femme, qui est caissière dans un supermarché, d'émigrer en France pour fuir le terrorisme, ne plus vivre « la peur au ventre » et donner une chance à ses enfants. A son arrivée en France, son diplôme d'infirmier n'est pas reconnu. Il passe un examen « difficile » pour tenter d'obtenir l'équivalence mais échoue. Finalement, il obtient le diplôme d'aide-soignant et postule à la Clinique E « pour nourrir sa famille »⁵⁴⁹. Il travaille aux urgences de la Clinique E en tant que « faisant fonction d'infirmier » depuis une dizaine d'années au moment de l'entretien. Pour lui, les vols perpétrés par les usagers qu'il identifie comme roms à la Clinique E ne s'arrêteraient pas au matériel médical (y compris

⁵⁴⁸ Carnet n°8, entretien informel avec Mme Lemoine, DSSI, hôpital public L, 30/01/2012.

⁵⁴⁹ « Et puis, à l'ouverture [du service] des urgences – parce que avant c'était pas les urgences, c'était des consultations sans rendez-vous – [Julien (Pahn, le coordinateur des urgences)] il connaissait mes compétences, il m'a vu etc. et il est venu me voir pour me proposer le poste de nuit aux urgences, comme infirmier, donc faisant fonction d'infirmier. Moi, je lui ai dit que ça m'arrangeait parce que je bossais aux urgences en Algérie. Et depuis 2003, 2004 – je ne me souviens plus, c'était quand le tremblement de terre en Algérie? C'était 2003, 2004, de toute façon – depuis, je suis aux urgences. » Yazid, 42 ans, aide-soignant, service d'urgences, Clinique privée E.

aussi dérisoire que des bandelettes urinaires). Les « Roms » feraient « semblant de rendre visite » à quelqu'un pour ensuite passer de chambre en chambre et dérober les affaires des patients hospitalisés dans le service. De nouveau, Yazid fait reposer son opinion sur « la réputation [des Roms] par rapport au vol ».

« Je ne veux pas trop rentrer dans les détails, mais ils ont la réputation par rapport au vol. (...) Moi, par exemple, quand j'installe un patient [rom dans un box de consultation], j'essaie au maximum de pas laisser les accompagnants rentrer avec, parce que si y'a une bandelette urinaire sur la table, elle disparaît tout de suite. C'est par rapport au vol, ils volent tout ce qu'il y a, tout ce qu'ils peuvent. (...) Tu les installes, tu les mets dans le box, tu fermes le box. Tout ce qu'ils peuvent, ils le mettent dans le sac. Ils peuvent même passer dans d'autres boxes pour fouiller les sacs des patients. C'est ce qu'ils font même dans les étages, avec les hospitalisations. Quand ils ont quelqu'un d'hospitalisé, ils viennent, ils font semblant, comme s'ils venaient pour la visite et ils font les visites de toutes les chambres si tu fais pas attention... » Yazid, 42 ans, aide-soignant, service d'urgences, Clinique privée E.

De même, le docteur Leroy raconte que le box où la femme d'un « chef rom » avait été installée lors de son passage aux urgences dans un hôpital de province, aurait été entièrement vidé par ses accompagnants en quelques minutes : de l'électrocardiogramme (ECG) – appareil valant plusieurs milliers d'euros – aux compresses.

« Moi, j'en ai eu [des Roms] quand j'étais à Dijon en tant qu'externe où on a eu la femme du chef machin, et alors là, ben voilà, je te dis c'est vraiment que des trucs où en cinq minutes, y'avait plus rien dans les urgences, donc tu vois, je veux dire c'est complètement [fou] ! (...) Tout, les paquets de compresses avaient disparu, l'ECG a été tiré (*rires*). T'es là "mais comment ?", en deux minutes quoi t'as [plus rien] ! » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Comme nous l'avons vu précédemment⁵⁵⁰, quelques professionnels hospitaliers présentent alors le vol comme une compétence, une « spécialité » des « Roms » ; à l'instar d'Ania, l'aide-soignante d'origine ukrainienne des urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L, pour qui une telle dextérité dans le vol, enseignée dès l'enfance, est comparable à « un vrai métier ». La superposition des frontières morales et raciales est alors rendue visible par le lien établi entre appartenance présumée au « groupe rom » et aptitudes particulières pour le vol.

« Souvent on a, malgré tout, on a des vols [à l'hôpital], et, ça peut être pas des Roms, ça peut être quelqu'un d'autre, mais ça peut être eux aussi. C'est des spécialistes, il faut savoir voler, c'est, et eux, c'est un vrai métier, parce que j'en ai vu des comme ça à Champs Elysées, des [hauts] comme ça (*fait geste pour montrer que la taille des enfants les place à la hauteur des poches des adultes*), des enfants. Y'avait des [touristes] brésiliens, (...) ils

⁵⁵⁰ Voir chapitre 1 pp.114-126.

avaient des poches, des sacs comme ça, et les petits, tout de suite, pfffiout (*fait le geste de mettre dans sa poche*) ! Mais, ce qu'il y a c'est que, avec les petits, donc ils faisaient les poches parce que, au niveau-là (*geste de hauteur*) c'était, et je te jure, toutes les poches, mais c'est tellement vite, c'est tellement vite, c'est professionnel. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

L'habileté présumée des « Roms » (« ils sont très doués pour ça ») les désigne, aux yeux de certains professionnels, comme les coupables évidents des vols régulièrement commis dans les établissements de santé. Ce que les enquêtés présentent comme une « compétence » les autorisent à dresser une solide frontière morale à l'encontre des usagers qu'ils identifient comme roms. Pour Ania, même en l'absence de preuves formelles de leur culpabilité, le comportement atypique des accompagnants présumés roms dans l'institution (venir en nombre, faire des allers et venues) laisse penser qu'ils seraient les responsables de ces vols.

« C'est pas, ce n'est pas qu'ils [les Roms] sont difficiles, c'est que... Ce n'est pas non, mais ils ont une certaine mentalité qui... que, en fait, tout le monde essaye de fermer à clefs tout, parce que, en fait, c'est vrai qu'ils sont très doués pour ces choses-là en fait, et comme on a souvent des vols, on sait, donc on fait attention quand même. Mais on sait pas, non, on sait pas si c'est eux ou pas, mais comme y'a des Roms et parfois ils arrivent, comme quelqu'un qui accouche en fait, ils arrivent par énormément de gens et donc, ben parfois, ils n'arrêtaient pas de venir en fait, aller, venir, aller, venir, aller, venir, ben par dizaines en fait, par cinq, de cinq à dix personnes en fait... » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Les stéréotypes présentant les « Roms » comme des voleurs permettent à ces enquêtés d'expliquer les vols ou les disparitions d'objets qui ont régulièrement lieu dans les établissements dans lesquels ils travaillent. Ces professionnels médicaux et paramédicaux font le lien entre la présence des membres de « familles roms » dans l'établissement de santé et les vols de matériel hospitalier ou d'objets appartenant aux personnes hospitalisées. Certains d'entre eux font même le lien entre l'appartenance à une « famille rom » et une « compétence professionnelle » pour le vol, soulignant ainsi la double frontière morale et raciale qu'ils dressent entre eux et les usagers qu'ils identifient comme roms.

Marc Bordigoni note que « *les règles et les usages institutionnels sont souvent bousculés par les manières de faire gitanes, en particulier le rapport au temps dans la mesure où la vie entière du groupe venu accompagner un individu ne s'organise plus qu'autour de cet événement (hospitalisation, décès, détention...),*

le collectif assurant une présence aussi constante que possible auprès de l'individu "pris dans le monde des gadjé". »⁵⁵¹ Les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés se disent effectivement bousculés par la « présence constante » des membres des « familles roms » accompagnant leurs proches à l'hôpital. Ces derniers envahiraient les services, les salles d'attente, les couloirs, s'y comporteraient « comme chez eux » au risque d'entraver le travail de soin, voire en profiteraient pour dérober du matériel médical et les affaires personnelles des autres patients. Les propos des enquêtés à ce sujet sont émaillés de suppositions sur le caractère culturel de telles pratiques et de soupçons d'intentionnalité. Ainsi, l'expression « comme chez eux » qui revient régulièrement dans la bouche des enquêtés pour qualifier le comportement des membres des « familles roms » dans l'institution désigne systématiquement des pratiques qui contreviennent aux règles élémentaires du savoir-vivre institutionnel. L'utilisation de cette expression permet de souligner la frontière morale et raciale qui sépare les Roms des membres de la société majoritaire aux yeux des professionnels interrogés.

Dans *L'inégalité raciste*, Véronique De Rudder analyse le recours au registre de l'ethnicité par des agents locaux en charge du logement de familles africaines. Elle souligne que le thème de la différence culturelle est décliné sur le ton du mystérieux et du scandaleux : « *globalement ce discours est univoque, il pose dans une altérité radicale, insurmontable, ces [locataires] africains qui font peur. Leur "primitivisme" est tout entier situé du côté de la violence et de l'invasion : ils occupent, ils ordonnent, ils absorbent, ils imposent. (...) Pire, non seulement ils [les gardiens d'immeuble blancs] doivent vivre avec ces immigrés, mais leur fonction comprend l'entretien des locaux. Ils doivent donc s'occuper des ordures, de la crasse des immigrés* »⁵⁵². Comme nous l'avons vu, le comportement des accompagnants présumés roms fait l'objet de commentaires comparables de la part de toutes les catégories de professionnels hospitaliers. L'usage qu'ils font de l'institution et de ses ressources – humaines et matérielles – est très critiqué. Les accompagnants identifiés comme roms céderaient à leurs supposées pulsions culturelles, envahissant, salissant, s'appropriant les espaces institutionnels en dépit

⁵⁵¹ Marc Bordigoni, « Introduction », *op. cit.*, p. 7.

⁵⁵² Véronique de Rudder, Christian Poiret, et François Vourc'h, *L'inégalité raciste*, *op. cit.*, p. 110.

des mises en garde répétées du personnel institutionnel. La différence tient ici au fait qu'aucun professionnel hospitalier n'est officiellement mandaté pour faire cesser ces comportements déviants. Chaque professionnel confronté à une situation de ce type cherche par conséquent une solution *ad hoc* en fonction de ses prérogatives et de l'autonomie dont il dispose. Nous allons maintenant constater de quelle façon les réactions de chaque groupe professionnels mènent finalement à la délégation en cascade du « sale boulot » que constitue la gestion de ces « familles roms » jugées envahissantes et irrespectueuses.

4.2. Gérer les « familles roms » : la délégation d'un « sale boulot »

Alors que la grande majorité des enquêtés – toutes catégories professionnelles confondues – condamne moralement le comportement des « familles roms » à l'hôpital, le surcroît de travail que représente la tâche d'y mettre un terme ne repose pas de manière égale sur toutes les catégories de professionnels. Notre hypothèse est ici que la gestion des « familles roms » à l'hôpital peut être assimilée à du « sale boulot » (« dirty work ») au sens de E. Hughes. Pour l'auteur, *« un métier ne comprend pas une seule tâche mais plusieurs ; certaines d'entre elles constituent le « sale boulot » du métier, et ce sous plusieurs rapports : simplement parce qu'elles sont physiquement dégoûtantes ou parce qu'elles symbolisent quelque chose de dégradant et d'humiliant. Enfin le sale boulot peut correspondre à ce qui va à l'encontre de nos conceptions morales les plus héroïques. Tous les métiers comportent du sale boulot. Il est difficile d'imaginer un métier dont les membres ne sont pas, de manière récurrente, pratiquement obligés d'apparaître dans un rôle dont ils pensent qu'ils devraient avoir un peu honte. Dans la mesure où un métier implique une conception du moi, une notion de dignité personnelle, ses membres devront probablement, à certains moments, faire quelque chose qu'ils considèrent comme infra dignitate. »*⁵⁵³ Pour cette raison, *« déléguer un sale boulot est une pratique commune »*⁵⁵⁴.

Nous allons voir que toutes les catégories de professionnels hospitaliers ne réagissent pas de la même façon à l'envahissement des services par les « familles

⁵⁵³ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis, op. cit.*, p. 81.

⁵⁵⁴ *Ibid.*, p. 82.

roms ». Non seulement parce qu'ils n'en subissent pas les conséquences négatives avec la même intensité, mais également parce que la tâche d'encadrement et de rectification du comportement des accompagnants présumés roms dans l'institution ne leur apporte pas le même bénéfice professionnel. Ce constat fait écho aux résultats présentés dans les trois premiers chapitres de cette thèse : face aux patients présumés roms, les médecins maintiennent une certaine distance, les jeunes infirmiers se réfugient dans les aspects techniques de leur métier, tandis que les infirmiers « relationnels » et les aides-soignants voient dans leurs interactions avec ces usagers « déviants » des opportunités de valorisation professionnelle. Le « sale boulot » de prise en charge des « familles roms » fait alors sans surprise l'objet d'une délégation des médecins vers les infirmiers, puis d'une partie des infirmiers vers les aides-soignantes. Comme le souligne E. Hughes, *« dans le monde médical, deux tendances contraires sont simultanément à l'œuvre. Au fur et à mesure que la technologie médicale change et progresse, certaines tâches spécifiques se trouvent déléguées par le médecin à l'infirmière, c'est-à-dire déclassées. L'infirmière délègue à son tour certaines tâches à la femme de service. Mais les métiers et les personnes se trouvent par ailleurs revalorisés, dans certaines limites. »*⁵⁵⁵ Finalement, nous verrons que les professionnels situés au bas de la hiérarchie hospitalière trouvent dans l'encadrement et l'« éducation » des usagers présumés roms des motivations liées à la défense des valeurs qui fondent à leurs yeux la société majoritaire.

4.2.1. Le laisser-faire des médecins

Si les médecins réproouvent moralement le comportement des membres des « familles roms » dans l'enceinte de l'hôpital, l'observation et les témoignages recueillis montrent qu'ils n'interviennent qu'exceptionnellement pour les informer du règlement intérieur du service et les convaincre de s'y conformer.

Dans la mesure où les accompagnants des patients des urgences ne sont qu'exceptionnellement autorisés à entrer dans le service⁵⁵⁶ et où les médecins ne se rendent que rarement en salles d'attente, les contacts entre médecins et

⁵⁵⁵ *Ibid.*, p. 65.

⁵⁵⁶ Dans les établissements enquêtés.

accompagnants sont généralement assez réduits. Ils se résument aux informations que les médecins délivrent parfois aux membres de la famille sur l'état de santé du patient et les soins qui lui sont prodigués. Or, les professionnels urgentistes que nous avons rencontrés soulignent que les usagers présumés roms ne respecteraient pas les règles d'entrée dans le service, ils se présenteraient même à plusieurs devant le médecin lors des « consultations collectives ». Les médecins du service auraient donc l'occasion de constater le comportement irrespectueux des « familles roms », de le leur signaler, voire de les réprimander. Pourtant, comme nous l'avons constaté précédemment⁵⁵⁷, les médecins des urgences auraient plutôt tendance à consentir aux pratiques de « consultations collectives » (malgré les récriminations des professionnels paramédicaux qui considèrent que les règles de passage aux urgences doivent s'appliquer de la même façon à tous les patients). Ils avancent deux types d'arguments pour justifier leur « laxisme » envers le comportement des accompagnants des usagers présumés roms. Il s'agirait tout d'abord d'éviter que les membres des « familles roms » ne fassent un esclandre lors d'un éventuel rappel à l'ordre. Le docteur Pahn, coordinateur des urgences de la Clinique privée E, préfère ainsi accepter les « consultations collectives » plutôt que de « se disputer » avec les usagers présumés roms pour les forcer à respecter les règles du service. Il insiste pourtant sur les efforts importants que lui demandent ces consultations.

« Ce qu'ils ne savent pas mes collaborateurs, c'est que même pour moi c'est très lourd d'avoir ces gens-là [roms, en consultation], ils sont insistants – même si j'essaie de les comprendre et de faire au mieux. Moi, je vais sortir d'une consultation où au final ils seront rentrés à dix, les infirmières vont me faire la vie dure en disant que, chez nous, on ne laisse pas passer les gens et que moi je laisse passer, parce que c'est mes copains. Non, c'est parce que la porte s'est ouverte, ils ont forcé le passage. Je vais pas passer cinq ans à me disputer avec eux alors que, dans le même temps, je peux en profiter pour voir la personne, l'examiner, lui donner un traitement, elle ira mieux. Mais, eux [mes collaborateurs], ne voient pas ça, ils ne pensent qu'au règlement, ils ne comprennent pas que, pour moi, parfois une consultation, je sors de là en sueur, je n'en peux plus mais je suis venu pour les patients, quelles que soient leurs origines, leurs trucs. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Comme le docteur Pahn, le docteur Kinhou présente les « consultations collectives » comme fatigantes et difficiles, mais il estime que le principe d'égalité

⁵⁵⁷ Voir chapitre 2, pp.126-188.

d'accès aux soins prévaut sur les modalités de recours aux urgences des patients présumés roms, même si elles contreviennent au règlement.

« [Les "consultations collectives"] ça nous fatigue plus que... On n'est pas concentré sur les vraies urgences. Faut réglementer un peu ... C'est facile à dire parce que les populations qui viennent aux urgences n'ont pas accès à un médecin traitant... On comprend, c'est difficile, on ne peut pas non plus fermer la porte. » Dr. Tristan Kinhou, 43 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Les médecins que nous avons rencontrés expriment souvent une forme de fatalisme face aux infractions au règlement dont se rendent coupables les accompagnants présumés roms dans les espaces de soin. Ici, le docteur Wartner, médecin aux urgences de l'Hôpital public P, fait primer le principe de réalité sur le règlement intérieur du service.

« Parfois les mères [roms] viennent avec leurs mômes, c'est interdit, mais qu'est-ce que tu veux faire ? (...) Je fais venir le môme avec elle, qu'est-ce que tu veux que je fasse ? Normalement c'est interdit hein, tu n'as pas le droit d'avoir un enfant dans un bloc de soin, mais qu'est-ce que tu veux faire ? Tu renvoies la dame chez elle ? De toute manière, elle peut pas faire garder ses gosses, elle va revenir à chaque fois, tu vois, non... » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

Les médecins des urgences semblent résignés face aux transgressions des règles institutionnelles perpétrées par les membres présumés de « familles roms ». A leurs yeux, l'essentiel demeure le soin des usagers du service, y compris au cours de « consultations collectives ».

Dans le cas des médecins travaillant dans les services d'hospitalisation, les contacts avec les accompagnants sont encore plus limités. En effet, comme nous avons pu l'observer dans les services enquêtés, une grande partie de leurs tâches les retient loin des patients et de leurs accompagnants : au bloc opératoire, dans leur bureau ou en salle de réunion durant leur journée de travail.

« Le médecin, il voit sa patiente ou son patient en consult[ation], il le voit au bloc et il est endormi et en visite le matin ou en post-op[ératoire], donc tu vois ? » Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ces médecins n'ont que très rarement à subir ou gérer les inconvénients liés à la présence « envahissante » des « familles roms » dans le service (les plaintes des autres patients hospitalisés, la désorganisation et la dégradation des espaces collectifs, etc.). Sans doute pour cette raison, les médecins que nous avons rencontrés ne semblent pas concernés par ces questions. Certains d'entre eux disent même encourager les « familles roms » à adopter un comportement qui va à l'encontre du règlement intérieur des services. Par exemple, le docteur Amanroche,

chef du service de réanimation de l'Hôpital public G, facilite l'installation des accompagnants présumés roms qui s'apprêtent à passer la nuit dans la salle d'attente du service.

« Ils restent même la nuit, ils dorment sur place. (...) Donc on leur donne quand même un fauteuil pour qu'ils soient plus confortables, parce que ils passent la nuit et à tour de garde. Pas toujours mais assez souvent et dans l'ensemble ça se passe assez bien. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Dans le même ordre d'idée, le professeur Legrand, chef du service de médecine infectieuse et tropicale à l'Hôpital A, explique que l'application stricte du règlement du service à tous les usagers sans distinction peut être une source de conflits. Considérant que la présence des accompagnants peut être nécessaire aux patients identifiés comme roms pour guérir, il plaide pour un assouplissement des règles institutionnelles, autant pour le bien du patient que pour préserver la paix dans le service.

« Disons, qu'avec les patients [roms] eux-mêmes, y'a pas tellement de problèmes. Là où c'est parfois un peu difficile c'est avec, euh, l'environnement familial qu'est parfois un petit peu pressant, un peu agressif. Mais ils sont agressifs parce que, très souvent le premier contact qu'ils ont eu a été un contact agressif. Quand on prend le temps d'expliquer les choses, de dire que "dix dans la chambre, c'est un petit peu beaucoup, mais que si vous pouviez n'être que trois ou quatre, euh, on devrait pouvoir s'arranger", et tout de suite ça se dégonfle. Les problèmes qu'on a, j'ai aussi un cas clinique là-dessus, les problèmes qu'on a, c'est quand la surveillante arrive furieuse dans la salle et vire tout le monde, en disant que c'est inacceptable, là, évidemment que ça va aller au clash, et avec les Roms ça peut être très violent. Mais quand on, quand on explique que, pourquoi c'est compliqué, que, et quand on accepte aussi l'idée qu'un patient rom a peut-être besoin justement d'avoir dix personnes dans sa chambre parce que c'est peut-être ça qui va lui donner la force pour se sortir de son mauvais pas, ben, tout de suite les gens se disent "ben c'est vrai, on avait jamais pensé à ça. Ah, oui, tiens peut-être que c'est pas une mauvaise idée que..." Alors, dix ça fait beaucoup, mais y'a une espèce de règle qui est de deux [accompagnants par chambre], je sais pas pourquoi mais bon, si on leur dit "trois ou quatre, et puis vous vous arrangez entre vous pour faire un tour", la plupart du temps ça se passe bien. » Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

A la Clinique privée E, le laisser-faire des médecins face à la présence collective des membres des « familles roms » dans les services d'hospitalisation est relayé par le directeur des ressources humaines qui, en sa qualité de membre de la direction de l'établissement, est garant de l'ordre institutionnel.

« Ces familles [roms], quand on soigne une personne, c'est cent cinquante qui viennent. Qu'est-ce que vous allez faire ? Vous allez dire "non, on ne reçoit qu'une seule personne" ? Vous savez très bien que c'est comme ça qu'ils vivent, donc il faut essayer de négocier pour voir si en rentrer deux ou trois ou quatre [dans la chambre du patient suffit]... (...) De toute manière, si vous ne le faites pas, ils vont commencer à crier, bouger, vous chercher. » M. Diop, ~40 ans, directeur des ressources humaines, Clinique privée E.

Pourtant, les médecins sont conscients que la présence des « familles roms » dans les services est souvent ressentie comme une source de difficultés par les professionnels paramédicaux avec lesquels ils travaillent. Plusieurs médecins interrogés soulignent l'exaspération des infirmiers et des aides-soignants du service face au comportement des « familles roms » et à leur propre « laisser-faire ». Ainsi, les infirmières des urgences de la Clinique E feraient « la vie dure » au docteur Pahn qu'elles jugeraient trop permissif face aux « consultations collectives » de ses « copains », les membres des « familles roms ». De même, d'après le professeur Legrand de l'Hôpital A, la surveillante du service de médecine infectieuse et tropicale imposerait « furieuse » aux accompagnants présumés roms de respecter le règlement intérieur sur le nombre de visiteurs dans la chambre d'hospitalisation quitte à risquer le conflit. Enfin, le docteur Moreau, urgentiste à l'Hôpital L, rapporte l'agacement des agents d'accueil du service, « obsédés par les règles » face à l'indiscipline des usagers présumés roms.

« Y'a des règles, on va dire, dans cet hôpital. Normalement une fois qu'ils passent au niveau des box de soins, ils doivent plus être accompagnés, et normalement, dans la salle d'attente, y'a droit qu'à un seul accompagnant. Du coup, les gens [les soignants] qui sont un peu obsédés par ces règles-là – et je comprends hein, ça a une raison d'être – "eh quoi, putain, ils font chier, ils sont dix, je leur ai déjà dit de sortir quinze fois, machin". Enfin, c'est un motif d'énervement pour certains soignants et notamment de ceux qui sont à l'accueil. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Les médecins décrivent ces « motifs d'énervement » des professionnels paramédicaux comme étrangers à leurs propres préoccupations. Le laisser-faire dont ils font preuve face aux transgressions pratiquées par les usagers présumés roms démontre qu'à leurs yeux leur mission curative prime systématiquement sur toute considération de maintien de l'ordre institutionnel. Leurs déclarations distanciées vis-à-vis des difficultés engendrées par la présence de membres des « familles roms » dans les services marquent leur désintérêt pour ces questions. Mettre un terme à la présence massive des « familles roms » dans l'enceinte hospitalière ou faire en sorte que ces usagers se plient au règlement intérieur ne relève pas, selon les médecins interrogés, de leurs prérogatives professionnelles. Ce « sale boulot » revient alors naturellement aux professionnels paramédicaux, et en premier lieu aux infirmiers.

4.2.2. Les « infirmiers relationnels » et l'éducation des usagers présumés roms

Qu'ils exercent aux urgences ou dans les services d'hospitalisation, les infirmiers hospitaliers passent la majeure partie de leur temps de travail immédiatement dans le service, à proximité des patients et de leurs accompagnants.

« Le médecin est pas H24 auprès du patient, nous, même si on est pas H24 à côté de lui, on est toujours, jamais loin, il lève la tête il va nous voir, enfin c'est ça aussi, on est plus auprès de lui. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

« On est quand même beaucoup plus avec les patients que les médecins. (...) Nous, on est tout le temps là [dans le service], on est quand même, toute la journée logiquement, on est avec eux [les patients] quoi. » Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ils disent subir de ce fait, de façon plus directe que les médecins, les conséquences de la présence des « familles roms » dans les services de santé (par exemple, le bruit de leurs conversations, les encombrements provoqués par leurs allers et venues, etc.). Afin de minimiser ces difficultés, ils interviennent fréquemment auprès de ces usagers « envahissants » pour leur signaler leurs infractions au règlement intérieur du service et tenter de corriger leur comportement. Comme nous l'avons vu dans le cadre du deuxième chapitre, ce type de tâche, qui n'est assignée à aucune catégorie de professionnels hospitaliers en particulier, revient généralement par défaut aux infirmiers. Toutefois, tous les infirmiers interrogés ne s'y investissent pas de la même façon : le groupe est globalement scindé en deux. D'après ce que nous avons pu observer, alors que les infirmiers les plus jeunes adoptent une attitude distante et formelle focalisée sur l'aspect technique de leur métier⁵⁵⁸, les infirmiers plus âgés valorisent quant à eux une approche relationnelle visant l'« éducation » de ces usagers.

Les infirmiers âgés de quarante à cinquante ans que nous avons rencontrés dans les services enquêtés correspondent souvent à la définition qu'Anne Véga donne des « infirmières relationnelles » qui « *acquièrent leurs savoirs par expérience, intuition* ». Clarisse a quarante-neuf ans au moment de l'entretien, elle travaille comme infirmière dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital L depuis

⁵⁵⁸ Voir chapitre 2, pp.181-188

1982. Elle a refusé de devenir cadre pour ne pas s'éloigner de ce qui représente le principal intérêt de son métier selon elle : le « relationnel ».

« Moi, je me vois pas cadre [de service], il faudrait faire que des papiers [des tâches administratives]. C'est pas que je pourrais pas être cadre, depuis le temps qu'on me propose d'être cadre, de faire fonction, mais ça m'intéresse pas. J'ai envie de prendre le bras de quelqu'un [des patients], de, de, je sais pas c'est, c'est comme ça, le jour où on m'enlève ça, je crois que je suis... » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pour elle, « il faut beaucoup aimer les gens » pour faire ce métier. Elle assimile le « relationnel » aux contacts, notamment physiques, avec les patients (« les prendre », « les toucher »), contacts qui ne sont pas possibles selon elle « sans amour ».

« Moi, je pense que, il y a une part d'amour, c'est, il faut aimer, je sais pas, sans amour rien ne va. C'est ça que je dis, j'aime cette population, j'aime ce que je suis, donc y'a un petit truc, y'a un truc. Bien que des fois voilà, ça c'est une aparté, bon les gens vous saouleront mais ça voilà, je ferais n'importe quel métier, ils me saouleraient aussi, mais j'aime ce que je fais. Et je sais même pas, si je devais me reconvertir, quel métier je ferais, j'ai besoin d'un métier avec [du contact], et là, en fait, je voulais finir ma carrière en gériatrie toujours pour ce contact aux gens, j'ai envie de les prendre, de les toucher, c'est ça. Mais je veux pas aller en gériatrie parce que y'a un de manque de matériel, moi j'ai pas envie de, sincèrement d'aller chercher des problèmes. Mais c'est un truc encore pour le contact, pour les trucs. Ah ! Je me vois bien faire ça, oh la la ! » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Plusieurs infirmiers de cette génération estiment à l'instar de Clarisse que le relationnel, contrairement à la partie technique des soins, ne s'apprend pas. Lucie, qui travaille à l'Hôpital public G depuis plus de vingt ans, explique qu'elle est devenue soignante « par hasard », mais que d'avoir « déjà le relationnel avec les gens » et d'être « très sensible à la souffrance humaine » lui ont permis de débiter dans la profession.

« Je suis arrivée là [à l'hôpital] par hasard et ça me correspondait bien, c'est ce côté relationnel qui m'aide beaucoup. Et le côté technique qui me faisait peur et que j'ai su maîtriser. Il y a le savoir-être et... Bon, le savoir-être tu l'as et, après, le savoir-faire ça s'apprend, c'est ce que je me suis dit. » Lucie Tandraya, 44 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

Ces conceptions « profanes »⁵⁵⁹ du « relationnel » ne doivent pas être mises en relation uniquement avec l'âge des enquêtés, mais également avec leur parcours professionnel. Il est remarquable, par exemple, que, parmi les infirmières que nous

⁵⁵⁹ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *op. cit.*

avons rencontrées, celles qui se sont tournées vers ce métier après avoir abandonné une première carrière professionnelle mettent toutes l'accent sur le fait que le « relationnel » s'acquière au fil de la vie, des expériences personnelles et professionnelles. A quarante ans, Jeanine qualifie elle-même son parcours d'« atypique » : elle a choisi, il y a cinq ans, de quitter son poste dans une multinationale pour enfin exercer le métier dont elle rêvait dans sa jeunesse. Elle parle de « retour aux vraies valeurs » et énumère les contacts humains et l'empathie comme les attraits essentiels de l'exercice de ce métier à ses yeux.

« J'avais envie d'un peu plus de contacts humains, un peu plus d'empathie, un peu plus de relationnel, moins de mercantile, ce genre de choses en fait. Et donc, c'est pour ça que j'ai décidé de gagner moins pour travailler plus, ça peut être un peu surprenant mais ça peut arriver voilà, pour revenir aux vraies valeurs. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour elle, les compétences en « relationnel » ne s'apprennent pas mais dépendent du vécu, du tempérament et du « recul par rapport à la vie » de chaque infirmière.

« Alors est-ce que ça [le relationnel] s'apprend ? Ça alors je ne saurais pas te dire. Déjà, je pense qu'il faut avoir certaines affinités (...). Je pense que ça dépend aussi des tempéraments, ça dépend de son vécu, du recul par rapport à la vie, à nos propres expériences, c'est peut-être pour cette raison entre guillemets que ça peut être plus simple pour les gens un petit peu plus âgés que bon à vingt-deux [ans] ou... Parce qu'on a déjà roulé un peu sa bosse comme on dit, on a vu deux ou trois choses, euh alors est-ce que ça s'apprend ? Franchement, c'est pas comme dans les livres, non c'est clair, c'est pas comme poser une sonde naso-gastrique. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

La conviction qu'il est plus facile « pour les gens [les soignants] un petit peu plus âgés » de mettre en œuvre des compétences « relationnelles » est partagée par Mathilde qui a également quitté son poste d'assistante de direction trilingue il y a dix ans pour devenir infirmière à l'Hôpital public L. Pour elle aussi, l'apprentissage du « relationnel » passe avant tout par l'expérience et le recul.

« Je pense que [le relationnel s'apprend par] l'expérience, je pense qu'avec l'expérience ça vient beaucoup et puis on a quand même des formations sur la relation d'aide. (...) Après, je pense que c'est avec l'expérience [que] tu acquières quand même cette relation d'aide. Après, je suis pas persuadée qu'à vingt ans j'aurais pu faire cette chose-là, tu vois, à vingt ans j'étais pas du tout dans la relation d'aide, maintenant avec l'âge peut-être que tu as un recul certain quoi. » Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pour ces professionnelles – puisque nous parlons ici exclusivement de femmes⁵⁶⁰ – le soin ne s'arrête pas aux gestes techniques : la « relation d'aide », l'« empathie », le côté « humain » du métier leur semblent incontournables et nourrissent leur goût pour l'exercice de cette profession. Fortes de leurs compétences relationnelles fondées sur leurs expériences de vie et leurs qualités personnelles, ces femmes s'investissent alors dans l'éducation thérapeutique des usagers qui fréquentent le service dans lequel elles travaillent⁵⁶¹. Mais la limite entre l'« éducation aux soins » et les conseils d'ordre personnel est parfois difficile à déterminer avec certitude.

« Ça fait partie de notre travail, on l'apprend quand on fait la formation d'infirmier, on a un travail de soignant et d'éducation aux soins. Donc, c'est à l'accueil du patient, on en profite pour rappeler comment marche le système, c'est-à-dire, le système c'est avoir un médecin traitant, en cas de petit problème, on va voir son médecin traitant, en cas de problème urgent, une fracture etc., les urgences sont là pour ça mais, en cas de problème de spécialiste, par exemple je sais pas moi, une hernie ou quelque chose comme ça, quelque chose qui traîne depuis un certain temps, une sciatgie qui est récurrente etc., on va voir son médecin traitant qui, lui, adresse au spécialiste, on lui explique tout ça et, à chaque fois, on en remet une couche ou on vérifie que le patient a été bien informé. » Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans le cas des usagers présumés roms, cette volonté d'« éducation » prend parfois une forme particulière. En effet, certaines de ces infirmières « relationnelles » plus âgées considèrent que les manquements aux règles de fonctionnement des services des « familles roms » s'expliquent par leur différence culturelle. L'« éducation » prodiguée par ces infirmières vise alors à favoriser « l'intégration » d'usagers perçus comme étrangers en leur expliquant comment se comporter dans l'institution, voire dans la société française en général. Les professionnelles tentent de les inciter à se comporter correctement en gommant les manifestations de leur différence culturelle présumée et procèdent à leur « éducation » afin de favoriser leur socialisation aux règles et normes institutionnelles.

⁵⁶⁰ Sur la question de la féminité des emplois du care, voir par exemple : « Politique du care », *Multitudes*, septembre 2009, vol. 37-38, n° 2, p. 71.

⁵⁶¹ « A l'arrivée d'un patient, les infirmières cherchent à établir s'il est au clair sur l'objet de son séjour, les modalités de l'intervention chirurgicale ou du traitement qu'il va subir. Cette vérification les conduit, si besoin, à procéder à un rattrapage, parce que certaines informations ne semblent pas avoir été entendues, ne sont pas comprises ou n'ont pas déjà été données par le médecin ou leur collègue. Le travail d'éducation, qui a pour objectif de préparer le patient aux comportements qu'il devra adopter à sa sortie, tend à s'effectuer au cours d'une séance spécifique, quelques heures avant la sortie du patient. Les informations et conseils dispensés portent sur les points à surveiller, les gestes à éviter ou au contraire à maîtriser. Ceci est indispensable pour prévenir la survenue de complications et pour permettre au patient de "vivre le plus normalement possible" et avec la plus grande autonomie. » Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *op. cit.*, p. 170.

Jeanine, infirmière aux urgences de l'Hôpital public L, affirme ne jamais renoncer à rappeler, aux usagers qui y contreviennent, les règles du service relatives au nombre d'accompagnants autorisés.

« Parfois, y'a certains de mes collègues qui abandonnent, qui laissent comme ça, qui sont un peu désarmés [face aux patients difficiles comme les Roms] mais moi je sais que je suis un peu pénible, non, en général non, si [la règle c'est que] y'a pas d'accompagnants, y'a pas d'accompagnants. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

En effet, pour elle, il n'y a pas de raison de traiter les usagers présumés roms différemment des autres. Elle estime qu'ils sont en mesure de comprendre les instructions que les soignants leur donnent concernant les règles du service et donc d'apprendre à se comporter correctement dans le service.

« Franchement, [les Roms] c'est des usagers comme les autres, y'a pas de raison qu'on fasse de différence, ils sont pas stupides, ils peuvent comprendre les choses, je sais pas, donc y'a pas de raison, si on leur donne les informations, y'a pas de raison qu'ils se comportent différemment des autres usagers. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Au contraire, Clarisse affirme, quant à elle, que les « Roms » sont différents des autres usagers. L'infirmière des urgences gynéco-obstétriques de l'hôpital L déclare que, du fait de leur mode de vie « en caravane », les « Roms » ont une conception différente de l'usage et du respect des lieux institutionnels : « ils sont pas habitués » à utiliser les poubelles, à ramasser leurs ordures ou à éponger l'eau qu'ils ont versée par terre. « Mais on peut les habituer », elle entend ainsi inculquer les normes de comportement et de propreté aux usagers qu'elle identifie comme roms pour les aider, petit à petit, à « être mieux intégrés ».

« On fait tout quand même, on est du social, (...) Nous, on est habitués en France, on va chercher une poubelle, mais peut-être que, eux, ils sont pas habitués tellement à ça donc il faut les aider à trouver la poubelle. (...) C'est parce qu'on veut qu'ils soient mieux intégrés aussi, c'est pas voilà. Parce qu'on voit c'est des enfants, ils iront à l'école, forcément et c'est bien, à l'école ils vont apprendre ça. Ce que je leur dis, ils vont l'apprendre aussi, alors je leur dis rien de... Voilà c'est pour les aider, c'est pas que je suis contre eux. » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Clarisse et une de ses collègues également interrogée au sujet de ses interactions avec des membres de « familles roms » créent alors un parallèle très significatif avec les membres d'un autre groupe minorisé : les « africaines ». Partant des remarques qu'elle peut adresser aux usagers qu'elle identifie comme roms à propos de la façon dont ils se comportent dans la salle d'attente, Clarisse se défend de toute attitude raciste en expliquant qu'elle fait ces remarques à tout le monde sans distinction. Pour illustrer son propos, elle développe l'exemple des suggestions

qu'elle adresse aux « Fatoumata »⁵⁶², des femmes d'origine africaine présumée, sur la façon dont elles se comportent avec leurs enfants dans le service.

« On est pas sélectifs [aux urgences], on prend tout le monde. Donc si j'ai une remarque, la remarque, elle est pas sélective, peut-être y'en a qui la prendront de façon sélective ou bien, "ouais pourquoi elle dit ça à la Rom là ? Moi je suis là depuis ce matin". Moi, cette attitude-là, je l'ai avec n'importe qui, y'a une Fatoumata qui vient, je lui dis "non, non, non, ton enfant, tu...", parce que les Africaines, elles parlent pas à leurs enfants, quand l'enfant pleure, l'enfant pleure, mais moi, pleurer pendant dix minutes ici, ma tête, elle est farcie, non, non, non, je suis honnête, non mais imaginez, depuis 4h30 on est levés, on est des humains, à midi, entendre un enfant pleurer, non, t'en peux plus, t'en peux plus, t'en peux plus ! Alors pour m'arranger la tête, pour me, que j'ai la tête claire et nette, je suis gentille, je m'énerve pas "madame", si y'a un truc [à manger], je suis même prête à [lui donner], si y'a un fromage blanc, "ah j'ai rien, je suis partie", je dis "mais maman, quand on part de la maison, on sait pas [ce qui peut arriver]", et puis les Africaines aiment bien les bananes, je dis "mais la prochaine fois vous prendrez une banane, une banane, c'est bien, les enfants ils aiment bien les bananes, ça demande pas de l'entretien, vous coupez ça voilà", je leur donne même des petits trucs ! » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ces remarques sont très éloignées des techniques relationnelles⁵⁶³ visant à favoriser le soin ou de l'éducation thérapeutique. Elles relèvent bien davantage d'injonctions personnelles normatives et intrusives. Clarisse justifie ces remarques aux patientes présumées roms ou africaines par la pénibilité des conditions de travail à l'accueil des urgences : les horaires, le passage incessant, le bruit, etc. En apprenant à ces femmes à « bien » se comporter avec leur enfant, elle réduirait l'agitation dans le service et améliorerait ses conditions de travail. De plus, à ses yeux, ses conseils pourront servir à ces femmes dans d'autres circonstances, à l'occasion d'une autre « sortie en dehors de la maison ». Elle précise bien que malgré sa lassitude (« t'en peux plus, t'en peux plus, t'en peux plus ! »), elle « ne s'énerve pas » et reste « gentille »⁵⁶⁴.

Les propos de sa collègue Mathilde révèlent un même sentiment de supériorité morale par rapport aux membres des « familles roms ». D'après elle, les différences culturelles des usagers présumés roms et de leurs accompagnants sont tout à fait surmontables, il suffit pour cela de « les cadrer », c'est-à-dire de leur signaler leurs comportements inadéquats et de leur indiquer comment les corriger.

⁵⁶² Cette désignation de « Fatoumata » rappelle la catégorie raciste de « Mamadou » utilisée sur les chantiers pour désigner les manœuvres noirs. Voir à ce sujet : Nicolas Jounin, « L'ethnisation en chantiers. Reconstructions des statuts par l'ethnie en milieu de travail », *op. cit.*

⁵⁶³ Sur la technicisation du relationnel, voir chapitre 2, pp.181-188.

⁵⁶⁴ Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien*, *op. cit.*, p. 158.

Mathilde ne cadre pas seulement les « Roms », mais également les « Africains ». Pour elle, ces pratiques de « cadrage » sont parfaitement acceptées si les usagers concernés ressentent la bienveillance, la « gentillesse » une fois de plus, du soignant.

« A chaque fois qu'on me les a présentés aux transmissions c'était "ouais, bon, c'est une Rom donc nananana", donc avec tout ce qui va avec, c'est-à-dire la caravane et le truc. Une fois que tu les as cadrés, y'a pas de problème. (...) Enfin, moi, quand je parle à un Rom, je parle à quelqu'un qui est, quelqu'un de, je parle comme si je parlais à un Africain ou à, tu vois ce que je veux dire ? Et elle te dit certaines choses, et toi tu dis "non c'est comme ça, c'est pas comme ça mais c'est comme ça", et si elle voit que tu es gentille avec eux, y'a pas de souci, je pense que la gentillesse elle joue beaucoup, évidemment si tu leur parles comme à des chiens, évidemment que ça passera pas. » Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Le rapport de domination entre agents institutionnels et usagers est ici très affirmé : l'infirmière indique avec le sourire, mais non moins fermement, la conduite à suivre, tandis que les usagers « roms » ou « africains » sont réduits à un rôle de mauvais élèves. Pour Eduardo Bonilla-Silva, « *dans la plupart des sociétés racialisées contemporaines, la race dominante cherche à maintenir son pouvoir au travers du consentement, c'est-à-dire en cherchant activement à convaincre les groupes opprimés d'accepter leurs normes, vues et pratiques comme "la façon dont le monde est", comme le cadre de référence "normal"* »⁵⁶⁵. Ici, pour les enquêtées, l'objectif affiché de cette mission d'« éducation » est de fournir les clefs de la culture majoritaire à ces usagers présumés étrangers (« c'est comme ça ») afin qu'ils puissent s'adapter à la société française, « s'intégrer ». La « gentillesse » de ces infirmières « relationnelles » dissimule une forme affirmée de domination institutionnelle et raciste, perceptible dans le processus d'infantilisation qu'elles mettent en œuvre à l'égard des usagers présumés « roms » et « africains ».

Directement confrontés aux difficultés découlant de la présence « envahissante » des « familles roms » dans les services hospitaliers, certains infirmiers parmi les plus âgés cherchent donc non seulement à réaffirmer le règlement intérieur, mais également à pousser les usagers présumés roms qui y contreviendraient à modifier leur comportement. Ils utilisent leurs compétences « relationnelles », leur « gentillesse » pour inculquer aux membres des « familles roms » les normes de

⁵⁶⁵ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, op. cit., p. 77.

comportement de l'institution – voire de la société française en général. Cette mission d' « éducation » dévoile la frontière raciale que ces soignants tracent autour des usagers qu'ils identifient comme roms. Les infirmiers qui s'investissent dans cette mission d'éducation sont toutefois peu nombreux, les plus jeunes d'entre eux préférant se tenir à distance de ce type de tâches relationnelles et valoriser une facette plus technique du métier. Comme le note Anne Véga, « *dans certains cas extrêmes d'opposition à l'ordre hospitalier et de réclamations continuelles [de la part d'usagers], les infirmières (...) refusent parfois d'accéder à certaines de leurs demandes et de déranger le médecin. Elles ont alors tendance à se repositionner aux côtés des médecins et à s'éloigner des savoir-faire relationnels des aides-soignantes.* »⁵⁶⁶ Ce processus de délégation est également observable concernant la prise en charge des accompagnants. Il revient alors à une dernière catégorie de professionnels hospitaliers, les aides-soignantes, d'assumer la mission d'encadrement et de rectification du comportement des « familles roms ».

4.2.3. Une source de valorisation pour les aides-soignantes

L'analyse de la façon dont les aides-soignantes, souvent déconsidérées aussi bien par leurs collègues de travail que par les usagers de l'institution, se saisissent de cette tâche d'encadrement et de socialisation des « familles roms » permet de vérifier l'affirmation d'Everett Hughes selon laquelle « *la délégation du sale boulot fait aussi partie du processus de mobilité professionnelle.* »⁵⁶⁷

Situées en bas de la hiérarchie hospitalière, ces professionnelles ne participent qu'indirectement au travail médical. « *Les tâches des aides-soignantes se situent aux frontières entre ménage et soin : elles sont clairement séparées du travail médical. Les aides-soignantes prennent en charge l'hôtellerie, la fonction d'hébergement de l'hôpital (service des repas, ménage autour des malades), l'assistance aux malades dans leurs gestes quotidiens : faire la toilette, passer les*

⁵⁶⁶ Anne Véga, « Les infirmières hospitalières françaises », *op. cit.*, p. 117.

⁵⁶⁷ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, *op. cit.*, p. 82. Pascal Martin, « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires », *op. cit.*, p. 40.

bassins, accompagner aux toilettes, aider à téléphoner, etc. »⁵⁶⁸ Si, comme le soulignait E. Hugues⁵⁶⁹, toute pratique professionnelle comprend certaines tâches qui peuvent être qualifiées de « sale boulot », Anne-Marie Arborio parle de « sale boulot absolu »⁵⁷⁰ pour désigner la majeure partie des tâches réalisées par les aides-soignantes – tâches qui sont, d’après l’auteure, « *socialement dévalorisées, "universellement" reconnues comme dégradantes, laissées aux catégories sociales les plus basses* »⁵⁷¹. Toutefois, la réalisation de ce « sale boulot » suppose des contacts répétés avec les patients⁵⁷² et la construction de relations privilégiées avec les malades fournit aux aides-soignantes un motif de fierté professionnelle : « *ce sont donc paradoxalement les tâches déléguées comme dirty work, qui offrent aux aides-soignantes, par un processus de retournement du stigmat, une ressource pour valoriser leur position* »⁵⁷³. Et, en effet, lorsqu’elles décrivent leur métier et leurs tâches quotidiennes, les aides-soignantes et l’auxiliaire de puériculture que nous avons rencontrées⁵⁷⁴ insistent toutes sur la place importante qu’y occupe « le relationnel » avec les usagers.

« J’étais seule en gynéco pour vingt-cinq patientes, un minimum de douze lits à faire par jour, donc entre les entrantes, les sortantes, les soins, parce que aider les infirmières, donc parce que moi ça me plaisait, c’était vraiment un boulot que j’adorais ! En plus le contact avec les patientes, bon c’est des patientes alitées, souvent ben elles veulent discuter justement, elles veulent, elles s’ennuient (...) souvent, ben pendant les soins, bon ça allait un peu plus vite mais quand je leur amenais les plateaux ou après quand je débarrassais les plateaux, même quand je faisais les lits, je discutais avec elles, elles aimaient bien ça, moi j’aimais bien aussi ce contact. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d’urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁵⁶⁸ Anne-Marie Arborio, « Les aides-soignantes à l’hôpital. Délégation et professionnalisation autour du “sale boulot” », *op. cit.*, p. 52.

⁵⁶⁹ Everett C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis*, *op. cit.*

⁵⁷⁰ Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible: les aides-soignantes à l’hôpital*, Paris, Anthropos: diff. Economica, 2001, p. 123.

⁵⁷¹ *Ibid.*

⁵⁷² Erving Goffman parle de « travail sur l’homme » pour exprimer l’idée que le malade est en quelque sorte « *le matériau humain sur lequel travaille directement l’aide-soignante* ». Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de minuit, 1968. Or, Anne Véga remarque que « *les discours autour du malade se révèlent être de redoutables supports dans les négociations du pouvoir de tous contre tous dans les services. Au quotidien, la proximité réelle ou supposée avec le malade, comme l’appropriation différenciée de l’espace et du matériel de travail deviennent les principaux enjeux des délimitations hiérarchisées et non officielles des statuts, un recours précieux pour la légitimation des divisions sociales et sexuelles du travail déjà existantes.* » Anne Véga, « Les infirmières hospitalières françaises », *op. cit.*, p. 113.

⁵⁷³ Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible*, *op. cit.*, p. 136. La « *relation à la personne malade et à son entourage (...) devient l’espace de valorisation, de la démonstration des compétences et de l’utilité effective [de l’aide-soignante]*. » Marguerite Cognet, « Quand l’ethnicité colore les relations dans l’hôpital », *Hommes & Migrations*, octobre 2001, n° 1233, p. 104.

⁵⁷⁴ Nous avons choisi d’incorporer cette auxiliaire de puériculture à cet ensemble non seulement parce que l’analyse rendait ce regroupement pertinent mais également parce que cette soignante spécifique occupe à mi-temps le poste d’accueil administratif des urgences (fonction occupée le reste du temps par des aides-soignantes).

« Je trouve que c'est un très beau métier [aide-soignante], on apprend beaucoup, on rencontre beaucoup de gens, c'est un très beau métier (...). Moi, je trouve qu'on est proche des patients, c'est plus les, on est à l'écoute et on a un rôle de, de, comment dire, de confort aussi, je trouve que l'aide-soignante, c'est beaucoup de choses (...). Moi, ce qui me plaît c'est le contact et l'aide qu'on peut apporter aux malades (...). » Dolorès, 30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Moi, en tant qu'auxiliaire de puériculture, je suis vraiment dans le relationnel, je suis pas dans le soin parce que y'a beaucoup d'actes que je n'ai pas le droit de faire, donc je suis surtout dans le relationnel avec le patient, avec l'enfant, ça, ça prend 80 %, voire 90 % de mon travail, donc le relationnel, pour moi, ça a une part très importante. Le soin à côté, je vais dire que ça va être le change de couche, les soins du cordon, les soins au niveau des yeux avec du serum phy[sologique], donc ça, voilà, c'est très important de bien le maîtriser. » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

*« L'absence de technicité des tâches de l'aide-soignante fait du "relationnel" non seulement une façon commode de résumer le contenu de ses tâches devant autrui, mais aussi un des rares moyens de valorisation. »*⁵⁷⁵ Elles mettent en avant la « relation verbale »⁵⁷⁶ qu'elles entretiennent avec les usagers et revendiquent « une compétence pratique et une connaissance sociale des malades »⁵⁷⁷ qui valorisent leur position dans les services de soin⁵⁷⁸.

Le « relationnel » occupe effectivement une place importante dans le discours des aides-soignantes interrogées, y compris sous la forme de missions d'éducation comparables à l'éducation thérapeutique mise en œuvre par les infirmiers. Par exemple, le respect des normes de propreté et d'hygiène par les usagers fait l'objet d'une attention particulière de la part des aides-soignantes. En premier lieu parce que les questions de propreté et de désinfection sont au cœur de leur métier, mais également parce qu'hygiène et santé sont bien souvent liées dans l'esprit des soignants. Les aides-soignantes en charge des tâches de « nursing »⁵⁷⁹ incitent les usagers qu'elles estiment sales à se laver. Elles fournissent le matériel nécessaire (savon, serviette) et indiquent l'emplacement des douches. Dans certains cas, elles expliquent également en quoi consistent les normes d'hygiène de la société

⁵⁷⁵ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *op. cit.*, p. 98.

⁵⁷⁶ Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible*, *op. cit.*, p. 108. Cette « relation verbale » peut être rapprochée du « goût du contact » que les enquêtés de Yasmine Siblot décrivent comme une qualité personnelle avant tout féminine. Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien*, *op. cit.*, p. 156-158.

⁵⁷⁷ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *op. cit.*, p. 90.

⁵⁷⁸ Vincent Dubois, *La vie au guichet*, *op. cit.*, p. 114.

⁵⁷⁹ Entendu comme l'ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués aux personnes dépendantes.

majoritaire : la régularité à laquelle une personne doit se doucher, voire même parfois comment « bien se laver ».

« Y'a certaines femmes quand j'étais en maternité, faut vraiment les éduquer : quand on dit "faut aller prendre votre douche, Madame", "ben j'en ai pris une hier", "mais, la douche, c'est tous les jours, Madame" donc, on a ce rôle-là. » Dolorès, 30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Le mode de vie présumé des usagers identifiés comme roms conduit fréquemment les aides-soignantes que nous avons rencontrées à associer précarité et manque d'hygiène corporelle. Les « Roms » sont considérés comme sales non seulement parce qu'ils vivraient « dans la rue » ou « dans des campements », mais également parce que les exigences en matière d'hygiène seraient différentes – voire inexistantes – dans leur culture.

« Et, on essaye peut-être de leur montrer qu'il y a des douches parce qu'ils [les Roms] ont pas tellement l'habitude de, de, de la propreté dans la rue, ils sont souvent dans la rue (...), parce que s'occuper des personnes qui sont pas très propres, c'est pas terrible, donc, on essaye de, de, on leur donne le savon, y'a des serviettes jetables, on va leur montrer la douche aux étages, on propose à toutes les dames, parfois on rentre dans les chambres, "Madame, y'a des douches ici, s'il vous plaît, s'il vous plaît !" (*Mimant la supplication, rires*) » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pour Océane, auxiliaire de puériculture à l'hôpital L, l'« éducation des patients » consiste aussi bien à fournir aux usagers du service des informations sur la façon dont il convient de procéder pour changer un nouveau-né que des explications sur les raisons pour lesquelles une patiente devrait adresser sa demande à un autre établissement. Dans ce dernier cas, alors qu'elle est censée inscrire toute personne qui se présente à l'accueil des urgences gynéco-obstétriques, Océane explique à la patiente que la prise en charge sera moins longue dans l'hôpital dans lequel elle est déjà suivie, car son dossier médical y contient déjà toutes les informations nécessaires au traitement de son état de santé. Cette forme d'« éducation » de la patiente tient alors davantage du conseil personnel que de l'injonction professionnelle.

« Je trouve qu'on a un gros, on a un bon rôle d'éducation, on essaye de leur faire comprendre comment ça marche à l'hôpital, pourquoi est-ce qu'on accepte pas de gens qui sont pas suivis ici pour telle et telle raison, comme j'ai dit à la dame tout à l'heure "voilà pourquoi ça serait plus intéressant d'aller dans l'hôpital où vous êtes suivie". » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Les missions d'éducation des patients sont une source de valorisation professionnelle pour les aides-soignantes. Ces professionnelles « considér[es]

comme un rien, (...) comme une femme de ménage » qui « parfois n'existent même pas »⁵⁸⁰ aux yeux de leurs collègues et des usagers, investissent à cette occasion une position dominante, légitimée par leur appartenance institutionnelle, dans l'interaction avec l'utilisateur. Il semble par conséquent naturel qu'elles s'emparent également des tâches d'encadrement des accompagnants présumés roms délaissées par les autres professionnels hospitaliers, tâches qui leur offrent le même type de position d'autorité.

La mission d'éducation des patients ne fait pas officiellement partie des tâches réalisées par les aides-soignantes⁵⁸¹, pas plus que la mission d'encadrement et de gestion des « familles roms ». Les aides-soignantes ne bénéficient d'aucune formation particulière en la matière. Comme le souligne Anne-Marie Arborio, *« l'encadrement quotidien du malade fait (...) appel à des compétences qui ne sont pas transmises dans le cadre de l'école et pourtant mobilisées tous les jours : certaines sont le produit de l'actualisation dans le cadre hospitalier de savoirs informels acquis au cours de la trajectoire sociale et professionnelle de l'aide-soignante avant son entrée à l'hôpital, d'autres se forgent dans l'exercice de leurs fonctions à l'hôpital, par la fréquentation permanente de la maladie, par l'expérience de la variété des malades, des personnels ou des services dans l'institution, etc.... En ce sens, cet ensemble de compétences constitue une sorte de savoir-soigner profane, distinct de la science des professionnels de la médecine »*⁵⁸². Or, l'observation nous permet d'affirmer que ce « savoir-soigner profane » se nourrit également des représentations ou perceptions que les aides-soignantes ont au sujet des usagers qu'elles prennent en charge. Ainsi, la condamnation morale du comportement des accompagnants « roms » lors de leur venue dans l'institution influence indéniablement l'attitude et le relationnel des aides-soignantes que nous avons rencontrées envers ces usagers.

« C'est dans leur culture oui, oui, oui, de vivre tous ensemble, de, ben je pense que tous leurs problèmes doivent être réglés ensemble donc voilà. (...) Euh ben malheureusement oui, enfin on les prend qu'ils vivent en roulotte ou qu'ils vivent en appartement, malheureusement quand elles [les patientes roms] arrivent bien enceintes, on est obligé de

⁵⁸⁰ Dolorès, 30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

⁵⁸¹ Pour un descriptif des tâches des aides-soignantes voir par exemple : *Aide-soignant(e)*, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=19>, consulté le 4 mars 2015.

⁵⁸² Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *op. cit.*, p. 91.

les prendre, mais malheureusement, c'est pareil, elles sont sur le même statut que toutes les mamans qui viennent.» Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

En répétant à trois reprises l'adverbe « malheureusement », Sylvie exprime son regret d'accueillir dans le service ces patientes présumées roms dont elle anticipe que la « famille » va envahir et encombrer le service durant toute leur hospitalisation. De même, sa collègue Ania peine à dissimuler l'opinion négative qu'elle a des patients qu'elle identifie comme roms. Elle dit « essayer » de les accepter tels qu'ils sont au nom du principe d'égalité de traitement et cherche à justifier ce qu'elle perçoit comme leur comportement de voleurs – qu'elle estime condamnable – par leur culture et leur situation socio-économique.

« On aide les êtres souffrants, tout le monde souffre, tout le monde peut avoir mal, mais bien sûr. Moi, j'essaye de, au contraire, j'essaye de, je ne les accuse pas [les Roms], ils sont comme ça, voilà, mais il faut les accepter comme ça et il faut les soigner. (...) [Ils sont comme ça] parce que ils ont l'habitude, ils ont une vie comme ça, ils ont leur culture, ils ont cette culture-là, donc ils cherchent à survivre aussi. Ils ont pas de travail donc ils cherchent, ils essayent de voler, donc ils deviennent des voleurs professionnels, ça leur permet de vivre aussi, de se nourrir. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Dans la mesure où elles ne peuvent refuser l'entrée dans l'institution des patients qu'elles identifient comme roms et qu'elles ne peuvent lutter contre la culture des « Roms » qui les incite à accompagner en nombre leur proche hospitalisé, les aides-soignantes entreprennent d'éduquer les « familles roms » afin que leur comportement respecte les règles du service, voire les normes de la société française.

« Il faut faire des efforts je pense. Je pense qu'il faut sourire aux gens, il faut tolérer des choses parce que les gens qui sont énervés et intolérants, c'est qu'ils ne sont pas bien, et puis les autres, ils sont ignorants parce que personne ne leur a appris, alors il faut leur apprendre des choses. Les Roms, ils ont pas appris une autre vie, celle que leur a appris leurs parents, donc c'est, c'est nous, si on peut faire un tout petit peu de choses, c'est déjà pas mal, parce que, de toutes façons, le monde, il faut qu'on l'accepte comme il est, parce que c'est à nous de le changer, c'est pas les Roms tout seuls qui vont changer. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« C'est dans leur culture et puis bon, c'est comme ça qu'ils sont [les Roms], c'est pas le but de les changer mais quand même, quand ils sont hospitalisés ici en France à Paris, et ben y'a des règles à respecter, c'est pour leur bien qu'on fait ça aussi, c'est pour leur santé. » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Si la socialisation des patients présumés roms aux règles institutionnelles n'est pas un objectif en soi, elle est conçue, par cette auxiliaire de puériculture, comme une nécessité « pour leur bien », « pour leur santé ». Ainsi, « *l'aide-soignante*

*contribue de cette façon à "produire" des patients conformes à ses propres attentes, définies par rapport à une sorte de patient idéal (...), par rapport surtout à sa représentation du fonctionnement de l'institution et du rôle qu'elle y joue. »*⁵⁸³

Alors que les propos et les attitudes de ces aides-soignantes sont à la fois racialisants et normatifs, chacune d'entre elles se justifie par son envie d'aider, de guider, d'éduquer ces usagers dont la culture serait différente des normes de la société majoritaire.

« Ils disent que "chez nous, c'est comme ça" mais je dis "vous êtes pas chez vous", souvent j'essaye d'être gentille, "on n'est pas chez vous ici, si tout le monde fait comme ça, et ben ça sera le bazar ici". » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Le double processus d'infantilisation et de racialisation est ici encore manifeste. Pour Eduardo Bonilla-Silva, l'idéologie raciale fournit des arguments fondés sur la naturalisation des groupes minorisés en termes biologiques et moraux pour expliquer les inégalités raciales⁵⁸⁴. La hiérarchie raciale est alors pérennisée lors de la mission d'éducation, d'assimilation, d'intégration, voire de *civilisation*, réalisée par les agents institutionnels de la société majoritaire pour le bien de ces usagers perçus comme culturellement différents. Les missions d'encadrement et d'éducation des « familles roms » qui échoient aux aides-soignantes leur permettent d'user de leurs « compétences relationnelles », valorisant ainsi leur position dans la hiérarchie hospitalière. Par un « retournement du stigmat », la délégation du « sale boulot » d'encadrement des accompagnants présumés roms autorise les aides-soignantes à utiliser leur « *connaissance sociale des malades* »⁵⁸⁵ pour affirmer leur autorité et leur dignité professionnelle au détriment de ces usagers qu'elles décrivent comme culturellement différents et inférieurs. Généralement, leur appartenance institutionnelle légitime les « actions de formation » qu'elles mettent en place afin de « transformer » certains usagers. Mais, en cas d'échec ou de résistance, les aides-soignantes disposent en dernier lieu d'un pouvoir de rétorsion qui prend la forme d'une moindre considération, voire d'un abandon du patient – c'est-à-dire de sa sortie prématurée du service⁵⁸⁶.

⁵⁸³ *Ibid.*, p. 96.

⁵⁸⁴ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, *op. cit.*, p. 71.

⁵⁸⁵ Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *op. cit.*, p. 90.

⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 96.

Les enquêtés décrivent fréquemment la façon dont les accompagnants présumés roms se comportent à l'hôpital par l'expression « comme chez eux ». Selon eux, au motif de rendre visite à un proche hospitalisé, les « familles roms » s'installent dans l'institution, occupent les salles d'attente, envahissent les chambres d'hospitalisation, s'approprient les lieux et les ressources institutionnelles. Ils expliquent que, comme dans un espace privé, les membres de la famille du malade se lavent, mangent et dorment à l'hôpital. Les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés réprouvent fortement ces comportements qu'ils perçoivent comme des manifestations de l'identité « ethnique » ou « communautaire » du groupe « rom ». Les enquêtés dressent alors des frontières morales et raciales autour des accompagnants roms, au nom du confort des autres patients hospitalisés mais également au nom du respect de leur pratique professionnelle.

*« Dans le cadre des professions de soins (...) [on s'intéresse à un système complexe] où différents professionnels occupent des territoires particuliers, avec quelquefois des empiètements conflictuels, mais où tous sont placés sous la contrainte de l'accomplissement d'un travail qui nécessite la coordination de leurs interventions de la façon la moins problématique possible. »*⁵⁸⁷ A la question de la prise en charge et de l'encadrement des membres des « familles roms » accompagnant leurs proches lors de leur hospitalisation, la délégation en cascade semble une réponse satisfaisante pour tous les professionnels concernés. Les médecins et les jeunes infirmiers peuvent focaliser leur attention sur les aspects techniques de leur métier, tandis que les aides-soignantes tout comme les infirmiers qui défendent une vision plus personnelle du « relationnel » assoient leur autorité en s'attribuant un rôle d'éducation de ces usagers. Toutefois, ce processus de délégation de l'encadrement des « familles roms » présente quelques limites. Les compétences personnelles et les connaissances profanes, sur lesquelles s'appuient les infirmiers « relationnels » et les aides-soignantes, transforment cette mission d'encadrement et d'éducation des usagers présumés roms en injonctions

⁵⁸⁷ Geneviève Paicheler, « Présentation. Les professions de soins: territoires et empiètements », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n° 3, p. 7.

normatives et racistes, comme le soulignent deux internes de médecine rencontrées lors de leur stage à l'Hôpital L.

Julia Montiverdi, tout en se disant convaincue que ces professionnels agissent ainsi par « bonne volonté », considère que cette mission d'éducation dépasse le cadre professionnel⁵⁸⁸. Selon elle, ces soignantes profiteraient de leur position dominante dans la relation de soin pour porter un jugement moral et « expliquer la vie aux gens » qui se présentent dans les services hospitaliers, ce qui est à ses yeux « insupportable » et « hyper désagréable ».

« Même là, en néonatalogie, les infirmières, elles sont adorables, y'a toute une prise en charge de la maman etc., mais parfois je les vois parler aux mamans avec un petit ton un peu instit' que j'aime pas, je trouve hyper désagréable, alors que c'est vraiment que de la bonne volonté, (...) c'est... c'est insupportable quoi ! Les infirmières et les sages-femmes, elles expliquent la vie aux gens quoi ! » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Myriam, quant à elle, questionne le jugement moral que le soignant porte sur l'usager et qui l'incite à procéder à l'« éducation du patient ». Elle qualifie de « racisme ordinaire » les réflexions que les agents d'accueil des urgences gynéco-obstétriques de l'hôpital L font aux patientes perçues comme roms ou étrangères. La superposition des frontières morales et raciales lui semble évidente.

« Mais tu vois c'est toujours le racisme ordinaire, c'est moche comme expression mais personne ne va dire clairement « ah les Noirs ils sont nuls, on est mieux qu'eux », mais moi je trouve qu'il y a beaucoup de réflexions de, enfin voilà, je trouve que les patientes elles sont mal accueillies à l'accueil aux urgences, mais, alors c'est mélangé entre, je pense, racisme, intolérance et, et... (...). Mais, oui, oui, je trouve qu'il y a plein de réflexions, voilà, quand elles arrivent "bon, mais vous parlez pas français ? Il faut venir avec quelqu'un qui parle français", ou... enfin tu vois, par exemple, les dames roms qui, qui viennent, qui ont jamais fait suivre leur grossesse, moi, mais moi aussi ça me fait chier ! Enfin tu vois, la nana elle vient, elle arrive à six mois, sept mois de grossesse, on a rien, on a aucun examen et tout, mais oui c'est chiant, c'est pas confortable de travailler comme ça, mais... (...) Mais après, je me dis "mais arrête, tu sais pas, t'en sais rien, ne juge pas !" Et effectivement je sais pas, si ça se trouve, la nana, ça fait déjà deux mois qu'elle est en train de traverser tous les pays du monde pour venir en France pour offrir le meilleur à son enfant à venir, enfin je sais pas sa vie, je sais pas, si ça se trouve elle était enfermée par son mari ou, qu'est-ce que j'en sais moi de pourquoi elle a pas fait suivre sa grossesse ? J'en sais rien. Et elles [les hôtesses d'accueil], c'est "mais pourquoi vous l'avez pas fait suivre la grossesse, hein machin ?", mais qu'est-ce que tu lui dis ça au milieu du couloir ! » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁵⁸⁸ « C'est pas de l'éducation, pour moi, enfin vraiment je déteste ce mot, à chaque fois ça me hérisse, faire de l'éducation, j'ai l'impression que tu parles à des enfants enfin, c'est le terme que tu emploies pour des enfants "éducation", et c'est pas des enfants, c'est pas, c'est pas (...). Je trouve ça, que ça te ramène à un statut de "il sait pas, moi je sais". » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Nous avons été témoin du type d'interactions décrit par Myriam à de multiples reprises au cours de la phase d'observation. Les processus d'infantilisation et de racialisation utilisés par les personnels paramédicaux « relationnels » au cours de leur mission d'encadrement et d'éducation des usagers présumés roms ne font l'objet d'aucune dissimulation. Toutefois, seules ces deux enquêtées ont exprimé des critiques à ce sujet. Si les autres professionnels rencontrés, en particulier les médecins et les cadres de service, désapprouvent ces propos racialisants et infériorisants, aucun n'en a fait mention au cours de nos entretiens formels ou non. Ils ne peuvent ignorer le comportement des membres de leur propre équipe, en revanche il est tout à fait plausible qu'ils choisissent de fermer les yeux afin de ne pas avoir à prendre en charge le « sale boulot » d'encadrement des usagers dont ces soignantes s'acquittent. Les professionnels occupant les places les plus élevées dans la hiérarchie hospitalière choisiraient d'ignorer les modalités de gestion des « familles roms » auxquelles ont recours les membres les plus modestes de leur équipe de soin.

Toutefois, la mission d'éducation que des infirmiers « relationnels » et des aides-soignantes tentent de mener à bien auprès des accompagnants présumés roms n'est pas toujours couronnée de succès, et alors, comme le souligne Colette Guillaumin, *« ce qui est exprimé par la classe majoritaire c'est l'impossibilité qu'elle présume chez les minoritaires d'acquérir la culture. »*⁵⁸⁹

« Ils [les Roms] comprennent pas tellement et ils veulent pas comprendre aussi. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« On fait ça, sur le tas comme ça, voilà comme tu dis sans formation, au feeling, et qu'est-ce que ça va changer ? » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Devant le « refus d'intégration » des membres des « familles roms », ces professionnels font alors parfois le choix de s'adresser à l'autorité médicale ou administrative du service pour écourter le séjour du patient présumé rom dont les accompagnants encombre les espaces collectifs et empêchent le travail de soin.

⁵⁸⁹ Colette Guillaumin, *L'idéologie raciste*, op. cit., p. 150. « Aucun discours théorique sur la dignité de toutes les cultures ne compensera réellement le fait que, pour un "Black" en Angleterre ou un "Beur" en France, l'assimilation exigée pour "s'intégrer" à la société dans laquelle il vit déjà (et qu'on soupçonnera toujours d'être superficielle, imparfaite, simulée) est présentée comme un progrès, une émancipation, une concession de droits. Et derrière cette situation sont à l'œuvre des variantes à peine rénovées de l'idée que les cultures historiques de l'humanité se partagent en deux grandes classes : celles qui seraient universalistes, progressives, et celles qui seraient irrémédiablement particularistes, primitives. » Etienne Balibar et Immanuel Wallerstein, *Race, nation, classe*, op. cit., p. 38.

Trois enquêtés racontent dans quelles circonstances et pour quelles raisons une telle décision de réduire l'hospitalisation d'un patient présumé rom peut intervenir. L'assistante sociale du service gynéco-obstétrique de l'hôpital public L raconte comment l'envahissement et l'appropriation des espaces et équipements institutionnels du service par les accompagnants d'une parturiente identifiée comme rom ont conduit les équipes soignantes à réclamer la sortie de cette patiente au nom du bien-être des autres patientes auprès du chef de service.

« [Les accompagnants roms] ils étaient pas désagréables, c'est pas ça le problème, mais à un moment donné, les équipes soignantes, elles ont dit "stop" quoi, il faut qu'elle sorte [la patiente], et du coup ça a écourté quand même son séjour ici (...). Parce que ça devenait ingérable et puis les dames se plaignaient de retrouver un homme dans la douche quoi, ce qu'on, enfin, après il faut penser au séjour des autres mamans. Ils étaient pas, c'était pas des gens désagréables, bien au contraire parce que même, bon après ça débordait toujours dans ce qu'ils pouvaient, ils essayaient de tirer sur les cordes de tout pour obtenir tout. (...) Je te dis prendre la douche, toute la famille, tous les jours ici, c'était tous les jours pendant les trois jours où elle est restée, ça a écourté son séjour, elle aurait dû rester une nuit de plus avec nous quand même, donc tu vois ça peut avoir un impact sur leur santé quand même, parce que c'était ingérable quoi... enfin voilà quoi. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ingrid souligne la différence de traitement qui résulte du départ prématuré de cette patiente et mentionne l'impact potentiel sur sa santé. Elle répète à plusieurs reprises que les accompagnants de la jeune femme n'étaient pas « désagréables » afin de clarifier les raisons de cette décision : il ne s'agit pas d'une décision partielle fondée sur des stéréotypes négatifs au sujet des « Roms » en général, mais bien d'une décision fondée sur des faits, motivée par les « débordements » concrets de la part des accompagnants. Ingrid souhaite écarter toute accusation potentielle de racisme ou de discrimination raciale à l'encontre de cette famille.

M. Gherbi, le directeur adjoint de la Clinique E, suggère que le comportement envahissant des accompagnants qu'ils désignent comme appartenant aux « Gens du voyage » l'amène fréquemment à intervenir pour réclamer le respect des règles de fonctionnement de l'institution. En dernier recours, il dit parfois accéder à la demande des équipes paramédicales d'accélérer la sortie du patient concerné, si son état de santé le permet.

« La plupart du temps, les équipes arrivent à gérer et puis, des fois, c'est un peu plus compliqué. Pas parce que les gens sont agressifs, mais parce qu'ils entendent pas. Et puis, c'est pas toujours les mêmes. Donc on m'appelle et, avec ma bonhomie légendaire, je vais voir, je trouve le chef (rit). En général, c'est la famille proche, donc les enfants. Je les prends dans un coin, je leur dis : "Voilà vous êtes nombreux, vous venez voir votre maman qui est malade OK, mais vous ne pouvez pas être quarante". Une fois, les Gens du voyage,

ils étaient une quarantaine, la fille du standard, elle n'entendait même pas les communications. Alors ils disent : "Oui ! Oui ! Excusez-nous, excusez-nous !" Et puis, le lendemain ça recommence, j'y retourne et puis, quand ça devient vraiment pesant, on accélère un peu la sortie du patient quand la prise en charge n'est pas contre-indiquante. C'était trois jours [d'hospitalisation prévus], il va faire le strict minimum et puis voilà. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

Il justifie la sortie précoce du patient par la nécessité de poursuivre le travail institutionnel et, pour cela, d'exclure les usagers qui troublent le fonctionnement du service (« la fille du standard, elle n'entendait même pas les communications »). Afin de préserver les conditions de travail des professionnels et la qualité des soins reçus par la majorité des patients de l'établissement, le directeur adjoint éloigne ces accompagnants bruyants et désinvoltes dont il sait, par expérience, qu'ils ne respecteront pas ses injonctions à suivre les règles institutionnelles. Cette pratique de réduction de la durée d'hospitalisation d'un patient identifié comme appartenant aux « Roms » ou aux « Gens du voyage », du fait du comportement inadéquat de ses accompagnants, est présentée comme routinière par le directeur adjoint.

Les responsables médicaux ou administratifs ne cèdent pas toujours à la demande formulée par les membres des équipes paramédicales de faire sortir dès que possible un patient présumé rom dont les accompagnants perturbent le fonctionnement du service. Julia, l'interne de médecine qui se dit « touchée » par les « Roms » raconte ainsi avoir été témoin d'« un ou deux trucs complètement scandaleux » concernant la prise en charge de ces patients. Par exemple, alors qu'elle était en stage dans un service d'urgences pédiatriques, une infirmière lui aurait demandé « quand est-ce qu'il dégage ? » à propos d'un enfant identifié comme rom dont les parents étaient « très demandeurs ».

« Elle me demandait ça, à moi, en mode "fais-le rentrer [chez lui]" quoi. Et là, en fait, j'ai juste dit "non mais attends, enfin, c'est un petit garçon qui va pas bien", enfin, je suis pas du tout rentrée dans le sujet, j'ai juste dit "il va pas bien, etc., il faut machin" et là, tout d'un coup "ok, faut que je fasse mon boulot", et c'est vrai que c'est juste que, c'est juste que moi, c'est vraiment des gens qui me touchent, c'est-à-dire que, au-delà de pas les discriminer, c'est des gens que j'aime bien en général. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

En remarquant que le patient est avant tout un petit garçon, l'interne souligne à quel point la demande de l'infirmière est déplacée à ses yeux. Elle rappelle à l'infirmière ses obligations professionnelles et lui demande de faire son travail malgré les désagréments que lui impose la présence des proches du patient. Julia

utilise sa supériorité professionnelle pour rappeler à l'infirmière, excédée par le comportement des parents du patient, que tous les malades doivent être traités de la même façon.

Finalement, si « éduquer les usagers » permet aux « infirmiers relationnels » et aux aides-soignantes d'affirmer leur autorité et de valoriser leur fonction, cela ne met qu'exceptionnellement un terme aux perturbations créées par la présence des « familles roms » dans le service et n'augmente pas l'autonomie professionnelle des paramédicaux qui se chargent de ce « sale boulot »⁵⁹⁰. La délégation des tâches d'encadrement des accompagnants présumés roms montre ses limites lorsque les paramédicaux s'adressent finalement aux médecins, aux cadres de services ou aux responsables administratifs pour écourter le séjour du patient présumé rom. Ce faisant, ils confirment leur « position d'autorité subordonnée »⁵⁹¹ et renvoient leurs supérieurs dans la hiérarchie hospitalière face à leurs responsabilités en matière de maintien de l'ordre institutionnel.

⁵⁹⁰ « Les emplois paramédicaux sont presque toujours subordonnés, dans la mesure où ils ne s'exercent en général qu'à la demande ou sur l'"ordre" du médecin et très souvent sous son contrôle. » Eliot Freidson, *La Profession médicale*, op. cit., p. 58.

⁵⁹¹ « Les guichetiers se trouvent dans une situation paradoxale : bien qu'étant investis d'une autorité institutionnelle, et bénéficiant dans la majorité des cas d'une stabilité professionnelle, ils occupent une position subordonnée et sont soumis à de nombreuses contraintes. (...) [Cette caractéristique] est particulièrement frappante en ce qui concerne ces employés administratifs en contact avec le public. » Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien*, op. cit., p. 131.

Conclusion

L'interaction avec l'utilisateur est une part essentielle du travail de soin. Faire avec le mauvais caractère, le comportement inadéquat, les propos inconvenants des usagers fait partie des contraintes professionnelles que les soignants affrontent tous les jours. De ce point de vue, les comportements attribués aux patients identifiés comme roms pourraient n'être qu'une contrainte professionnelle parmi d'autres pour les enquêtés. Pourtant, les patients présumés roms sont systématiquement présentés comme de « mauvais patients » par tous les professionnels hospitaliers interrogés : ils sont tour à tour désignés comme des imposteurs par les agents d'accueil, comme indisciplinés par les infirmiers, agressifs par médecins et, finalement, comme non civilisés par tous.

Comme nous l'avons démontré, le processus de racialisation n'a pas pour seul intérêt de fournir une explication aux comportements jugés déviants de ces usagers. Il a également de nombreux usages secondaires non-intentionnels⁵⁹². Il permet aux agents d'accueil de lutter contre le déclassement professionnel. De la part des infirmiers, il est l'expression du refus de se voir confier des tâches qui entravent leur autonomisation professionnelle. Il offre aux médecins le moyen de conserver leur position dominante dans la relation de soin. Enfin, il révèle la délégation en cascade dont le « sale boulot » fait l'objet parmi les différentes catégories de professionnels hospitaliers.

Or, comme le remarque Didier Fassin, « *le culturalisme exonère celui qui y a recours de toute analyse de sa propre implication, ou de celle de son institution, dans la production de la différence.* »⁵⁹³ Si les discours racialisant les patients qu'ils identifient comme roms servent les intérêts des professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés dans leurs pratiques quotidiennes, ce processus a également un impact indéniable sur la qualité de la prise en charge de ces usagers,

⁵⁹² « Beaucoup ont présumé que l'action humaine peut se définir uniquement en termes d'intention. En vertu d'une telle définition, un comportement sera vu comme une action à condition que la personne qui l'accomplit en ait eu l'intention ; dans le cas contraire, ce comportement est une réponse réactive, rien de plus. (...) Or, même l'idée selon laquelle il suffit que l'activité d'une personne soit intentionnelle en vertu d'une description quelconque pour que l'événement en question représente un exemple d'action est fausse. (...) L'action ne renvoie pas aux intentions de ceux et celles qui font les choses mais à leur capacité de les faire. » Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 57.

⁵⁹³ Didier Fassin, « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 8.

et pas seulement en termes d'« *empathie amoindrie* »⁵⁹⁴. D'après Geneviève Paicheler, les « *discours professionnels, qu'ils aient trait au savoir ou qu'ils concernent les pratiques, (...) produisent des effets concrets qui se traduisent en comportements individuels et en actions collectives.* »⁵⁹⁵ Nous allons effectivement constater, dans la seconde partie de cette thèse, que les représentations que les professionnels hospitaliers nourrissent au sujet des patients qu'ils identifient comme roms influencent leur pratique professionnelle et engendre un traitement différentiel de ces usagers. Nous démontrerons également que cette tendance est renforcée par le contexte institutionnel – lui-même contraint par les dernières réformes hospitalières inspirées du nouveau management public – dans lequel se déroule la prise en charge des patients présumés roms. Il en résulte une institutionnalisation progressive des traitements discriminatoires à l'encontre des patients identifiés comme roms.

⁵⁹⁴ Mireille Eberhard, « Catégorisations ethno-raciales au guichet », *op. cit.*

⁵⁹⁵ Geneviève Paicheler, « Présentation. Les professions de soins », *op. cit.*, p. 6.

2^{ème} Partie : Des représentations racialisées aux traitements différentiels

Introduction

Les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés partagent ainsi un certain nombre de représentations globalement négatives au sujet des usagers qu'ils identifient comme roms : ils les décrivent généralement comme des imposteurs, indisciplinés, agressifs et non civilisés. Nous considérons que les propos racialisants au sujet des usagers présumés roms constituent la « conscience discursive »⁵⁹⁶ des professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés, entendue comme « *la capacité qu'ont les acteurs de parler de ce qu'ils font, et en particulier d'explicitier les raisons qui commandent leurs actions* »⁵⁹⁷. En effet, comme nous venons de le voir, le processus de racialisation qui sous-tend ces représentations permet à ces professionnels d'exprimer leurs difficultés professionnelles, de justifier l'évitement ou, au contraire, l'attribution de certaines tâches ou missions vis-à-vis de l'observateur extérieur. Or Anthony Giddens suggère que « *souvent des acteurs justifient leurs actions de façon discursive en faisant appel à des raisons qui diffèrent de la rationalisation effectivement engagée dans leur action.* »⁵⁹⁸ Suivant cette proposition, nous nous pencherons, dans le cadre de cette deuxième partie, sur les pratiques réelles des enquêtés envers les usagers qu'ils identifient comme roms⁵⁹⁹. Nous focaliserons notre attention sur leur « conscience pratique », c'est-à-dire « *tout ce que les acteurs connaissent de façon tacite, tout ce qu'ils savent faire dans la vie sociale sans pour autant pouvoir l'exprimer directement de façon discursive.* »⁶⁰⁰ Ce faisant, nous tâcherons de mettre à jour de quelles façons « *la compétence des acteurs humains est sans cesse limitée, d'un côté, par l'inconscient et, de l'autre, par les conditions non reconnues et les conséquences non intentionnelles de l'action.* »⁶⁰¹ En effet, notre hypothèse est que, d'une part, les représentations que les professionnels hospitaliers ont au sujet des usagers qu'ils identifient comme roms influencent leurs pratiques

⁵⁹⁶ Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 33.

⁵⁹⁷ Jean Nizet, *La sociologie de Anthony Giddens*, La Découverte., Paris, 2007, p. 20-21.

⁵⁹⁸ Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 52.

⁵⁹⁹ Comme le souligne Pierre-André Taguieff, « *les comportements sociaux dits racistes ne sauraient donc être prédits à partir de la seule connaissance des préjugés raciaux, des attitudes ou des opinions "racistes" ou "xénophobes"* ». Pierre-André Taguieff, *Le Racisme*, op. cit., p. 57.

⁶⁰⁰ Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 33.

⁶⁰¹ *Ibid.*, p. 344.

professionnelles – en ce sens leur « inconscient » limiterait leur compétence – mais, d'autre part, que le contexte institutionnel⁶⁰² dans lequel se déroulent ces interactions entre professionnels et usagers présumés roms conditionne également les pratiques des acteurs institutionnels. Nous faisons nôtre ici la perspective d'Anthony Giddens d'un « structurel » à la fois habilitant et contraignant⁶⁰³.

En effet, les professionnels que nous avons rencontrés dans les différents services enquêtés affirment qu'en dépit des représentations généralement négatives qu'ils ont au sujet des usagers présumés roms, ils les prendraient en charge comme n'importe quel autre patient ; les principes d'égalité d'accès aux soins et de traitement guidant infailliblement leurs pratiques professionnelles. Pourtant, l'observation nous conduit à considérer, à l'instar de Pierre Bourdieu, que « *la construction sociale (ou plus exactement politique) de la réalité livrée à l'intuition et des représentations, notamment journalistiques, bureaucratiques et politiques, de cette réalité, contribuent à produire des effets bien réels* »⁶⁰⁴. Nous constaterons en effet que les préjugés racialisants que les professionnels hospitaliers nourrissent à l'égard des patients présumés roms influencent – tout au moins de façon non intentionnelle⁶⁰⁵ – leurs façons de travailler avec ces usagers de plusieurs manières. Toutefois, le contexte institutionnel dans lequel se déroulent ces prises en charge ne doit pas être négligé. Les enquêtés se réfèrent fréquemment à leurs conditions de travail pour expliquer leurs écarts vis-à-vis des normes idéales de prise en charge des patients. Nous soulignerons, en particulier, en quoi les réformes hospitalières inspirées du nouveau management public et conduites depuis une vingtaine d'années en France constituent une contrainte de plus en plus forte sur la pratique professionnelle des agents institutionnels, toutes catégories professionnelles confondues. Nous démontrerons spécifiquement que ces réformes, visant à rendre les établissements de santé compétitifs et financièrement rentables, accroissent les risques de traitement différentiel envers les patients identifiés

⁶⁰² « L'étude des contextes ou de la contextualité de l'interaction est inhérente à celle de la reproduction sociale. » *Ibid.*

⁶⁰³ « *Le côté répétitif des activités qui sont entreprises jour après jour est le fondement de ce que j'appelle la nature récursive de la vie sociale, et par nature récursive, je veux indiquer que les propriétés structurées de l'activité sociale – via la dualité du structurel – sont constamment récréées à partir des ressources mêmes qui sont constitutives de ces propriétés.* » *Ibid.*, p. 33.

⁶⁰⁴ Pierre Bourdieu, *La Misère du monde*, op. cit., p. 337.

⁶⁰⁵ « *Sous plusieurs angles, la vie sociale n'est pas le produit intentionnel des acteurs qui la constituent, même si ces derniers orientent toujours leurs conduites vers des buts. Comme je l'ai souvent souligné, une des tâches propres aux sciences sociales, peut-être même la plus exclusive, est l'étude des conséquences non intentionnelles de l'action.* » Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 409.

comme roms. Pour ce faire, nous étudierons cette double influence à trois échelles différentes : celle de la relation de soin entre un professionnel et un patient, celle de la prise en charge du patient par un service d'urgences et, enfin, celle de l'accueil et du traitement du patient au niveau de l'établissement de santé. Nous constaterons que, bien que l'influence des représentations des soignants soit plus prégnante que celles des réformes au niveau micro qu'au niveau macro – et inversement –, elles ont toutes deux un impact indéniable à chaque niveau d'analyse.

Le **chapitre cinq** est consacré à l'étude de la relation de soin qui s'établit entre le professionnel de santé et le patient identifié comme rom. Afin de prodiguer le meilleur soin possible, les enquêtés affirment qu'il est nécessaire d'adapter la pratique soignante aux caractéristiques de chaque patient, tout en respectant les principes d'égalité de traitement – ce qui semble *a priori* contradictoire. Nous chercherons donc à savoir en quoi la racialisation des patients présumés roms est susceptible d'influencer la façon dont ils sont pris en charge par les professionnels hospitaliers. Nous passerons en revue trois situations régulièrement décrites par les enquêtés comme des occasions d'« adaptation » du soin – la prise en charge de patients présumés roms parlant pas ou peu français, la prise en charge de patientes présumées roms dans un service de gynéco-obstétrique et la gestion des « grandes familles roms », tout particulièrement à l'occasion de décès – et constaterons que ces « adaptations » conduisent bien souvent à des traitements discriminatoires.

Le **sixième chapitre** s'intéresse aux dynamiques à l'œuvre à l'échelle du service lors de la prise en charge de patients présumés roms. Les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés dans les services d'urgences décrivent les modes de recours aux soins de ces patients non seulement comme caractéristiques de leur « différence culturelle », mais également comme une source de difficultés professionnelles particulières. Pourtant, l'observation du fonctionnement quotidien des services d'urgences enquêtés et la lecture de la littérature relative aux inégalités sociales de santé nous apprennent que les patients identifiés comme roms par les enquêtés ont des usages des services d'urgences, et un rapport général aux soins, très proches de ceux des plus précaires. Nous expliciterons alors le dilemme auquel sont confrontés les professionnels soignants, entre idéal égalitaire et performance technique, que le processus de racialisation des usages des services d'urgences par les « Roms » leur permet d'éviter.

Enfin, le **septième et dernier chapitre** présente la prise en charge des patients présumés roms depuis la perspective de l'établissement de santé. L'analyse des dernières réformes hospitalières met en lumière une profonde modification des objectifs assignés aux établissements hospitaliers et des moyens dont ils disposent pour les atteindre. Les professionnels que nous avons rencontrés perçoivent chaque jour l'influence de ces réformes sur leur pratique, leurs conditions de travail, mais également sur la prise en charge des patients. Ils décrivent l'apparition d'une catégorie de patients « non rentables » qui font l'objet de refoulement au niveau institutionnel. La sélection des patients, à l'entrée des établissements ou des services de santé, en fonction de leur solvabilité présumée ou de leur « valeur mobilisatrice » provoque la mise à l'écart des usagers identifiés comme roms. Nous constaterons alors que, à l'exception notable du coordinateur des urgences de la Clinique privée E, les professionnels que nous avons rencontrés considèrent le monde associatif comme une solution de soins légitime pour les patients présumés roms.

Chapitre 5. Un soin « adapté » à la différence culturelle perçue des patients « roms »

Si le principe d'égalité de traitement des usagers des institutions hospitalières est une référence évidente et incontournable pour tous les professionnels interrogés, ils considèrent fréquemment que sa mise en œuvre doit faire l'objet d'aménagements afin de satisfaire l'exigence d'un « soin global »⁶⁰⁶ prenant en compte l'individualité des patients.

« Les jeunes infirmières ont tendance à oublier la définition de l'OMS, c'est-à-dire où y'a une dimension physique, psychique et au niveau santé, c'est ça la définition de la santé, ce n'est pas que le "care". L'être humain est un être global, donc il faut prendre en compte chaque dimension. » Lucie Tandraya, 44 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

« Ce que je reproche au système actuel, c'est que, on veut être dans le "cure", d'accord ? Dans le "soigner, point", et on n'est pas dans le "prendre soin". » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« On peut donner les meilleurs soins au patient, on peut lui donner les soins techniques les plus aigus, s'il n'y a pas la prise en compte de la personne... Parce qu'on ne prend pas en charge une maladie, on prend en charge une personne. Si y'a pas la prise en charge de la personne, le travail est partiel, et très souvent d'ailleurs les équipes ne comprennent pas comment des patients qui ont été bien soignés, bien opérés, avec des bons pansements, avec, et qui, elles ne comprennent pas qu'ils ne soient pas contents, qu'ils se manifestent et qu'ils aient des choses à redire. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

La Charte de la personne hospitalisée dispose que *« tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son*

⁶⁰⁶ Cette expression fréquemment entendue dans la bouche des enquêtés (en particulier paramédicaux) désigne généralement l'exigence d'un soin alliant relationnel et technique en vue d'offrir au patient une prise en charge lui permettant d'atteindre « un état de complet bien-être physique, mental et social » Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Dans son mémoire de fin d'étude, une élève-directrice des soins note par exemple qu'« une conception globale de la santé sous-tend que "l'homme est un être bio psycho social devant s'adapter à son environnement". (...) On s'occupera de toute la personne et non pas seulement de la maladie. De ce fait, la relation avec le patient est fortement valorisée par les professionnels qui la considèrent comme indispensable à une prise en charge du patient. Une conception de soin dite globale intègre les dimensions sanitaires, sociales, éducatives, environnementales. » Muriel Karasoglu, *La prise en charge globale, notion fédératrice du projet de soins: quelle stratégie pour le directeur de soins?*, Mémoire, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2002, p. 14. Voir également : Thérèse Psiuk, « L'espace intime du soin », *Recherche en soins infirmiers*, 2008, vol. 93, n° 2, p. 14. Notons que pour Zahia Kessar, « la formation des soignants à l'anthropologie s'inscrit depuis quelques décennies dans ce qu'il est convenu d'appeler "l'humanisation des soins", "l'approche globale du malade", "le droit du malade". » Zahia Kessar, « La formation en anthropologie à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 112.

handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques » mais également que « *la personne hospitalisée [doit être] traitée avec égards. (...) L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies.* »⁶⁰⁷ Les professionnels hospitaliers cherchent alors à « *reconnaître la singularité des malades et [à] adapter les soins à chacun d'eux* »⁶⁰⁸ tout en respectant le principe d'égalité de traitement. D'ailleurs, l'affirmation « on s'adapte » revient très fréquemment dans les propos des enquêtés.

« Nous, à l'hôpital, on s'adapte beaucoup à la situation des gens et à leur façon d'être et à leur façon de voir les choses. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« On s'adapte. On fait au cas par cas. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

« On n'est pas les boniches des patients, mais on doit s'adapter aux patients. » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

Afin de prendre en charge un patient de façon « globale », de prendre soin de la personne – et non pas seulement de sa pathologie –, il serait alors nécessaire de tenir compte de ses caractéristiques familiales, sociales, économiques mais aussi religieuses ou culturelles pour lui proposer un soin adapté. La dimension humaine de la relation de soin est le principal argument avancé par les professionnels hospitaliers pour justifier cette concession au principe d'égalité de traitement stricte.

« Non, on soigne pas tout le monde de la même façon, ça c'est, parce que tout le monde est différent, tout le monde a un vécu différent. Faut approcher chaque personne différemment suivant ben justement son histoire sur son parcours de soin avant. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

« L'objectif c'est de, face à la demande, y répondre le mieux possible. (...) Parce que c'est dans le domaine de la santé, que ce sont des gens, c'est une relation humaine, on peut pas rationaliser les choses. Parce que, si on le fait trop, si on rationalise trop, ça devient

⁶⁰⁷ « La Charte de la personne hospitalisée », *op. cit.* De même, le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique établit dans son article R. 4312-25 que « *l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation* », puis dans son article R. 4311-2 que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade (...) dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.* » Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264>, consulté le 28 janvier 2015.

⁶⁰⁸ Géraldine Chauvel et Dominique Morlé, « Dix valeurs pour les soins infirmiers », *Objectif Soins*, novembre 1993, vol. 17, p. 38-41.

conflictuel. Si on s'adresse à tous les patients de la même manière sans tenir compte de qui on a en face de nous, on se heurte à la langue déjà, ne serait-ce que ça. » Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

« Je pense qu'on demande déjà beaucoup d'efforts au patient de s'adapter à la structure, (...) donc je pense que la moindre des choses c'est que, nous aussi, on doit s'adapter aux gens, on peut pas, sinon c'est plus humain, c'est que c'est justement on travaille avec de l'humain et donc justement il faut s'adapter aux personnes qu'on a en face. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Les références à l'« interculturalité », à l'« ethnie », à la « culture » ou aux « coutumes » présumées des patients sont dès lors considérées comme professionnellement significantes et utiles par les enquêtés.

« Il faut les connaître pour pouvoir expliquer en fonction, en fonction de la connaissance que l'on a de l'ethnie. C'est la méconnaissance de part et d'autre qui crée les difficultés, à partir du moment où y'a de la connaissance, c'est... [plus facile]. (...) La prise en charge, elle ne peut être qu'individualisée. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

« Pour moi, l'interculturalité, c'est comprendre la culture de l'autre sans effacer la sienne, donc voilà, et notre métier d'assistante sociale, c'est comprendre la personne qu'on a en face de nous pour que, notre accompagnement social, il soit en adéquation avec elle quoi, donc voilà, c'est l'essence même de notre boulot. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Or, comme le souligne Zahia Kessar, formatrice en anthropologie en milieu hospitalier, l'interprétation de ce que signifie « *prendre en considération la différence culturelle des patients* » pour adapter sa pratique professionnelle⁶⁰⁹ soulève de nombreuses questions. « *Pour les institutions et pour les soignants, il y a aussi une question d'interprétation de la Charte et de ce que signifie "tenir compte de la dimension culturelle", formule rebattue au cours de leur formation initiale et dans les services. Faute d'une réflexion précise sur le sujet de la part des professionnels en charge de la formation, la question est bien souvent laissée à la libre appréciation de celui qui fait figure "d'expert", à savoir le formateur. Nous avons là une première "désertion" du champ de leur compétence par les institutions soignantes.* » Cette imprécision autour de ce que signifie adapter le soin à la dimension culturelle du patient peut alors être à l'origine de pratiques racialisantes de la part des soignants. Laurence Kotobi constate en effet, dans le cadre de sa recherche sur la prise en charge de patients migrants africains à l'hôpital, que « *les discours des professionnels permettent de légitimer les savoirs de sens commun qu'ils construisent sur les Africains et sur leur maladie, tout en*

⁶⁰⁹ Zahia Kessar, « La formation en anthropologie à l'hôpital », *op. cit.*, p. 114.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

initiant des conduites à tenir. (...) Les typologies de patients qui découlent de leur catégorisation ont parfois pour effet de stigmatiser ces derniers selon une caractéristique particulière qu'ils intègrent dans leur jugement : "les africaines suivent leur traitement, elles ne sont pas rebelles". »⁶¹⁰ Nous avons recueilli, tout au long de l'enquête ethnographique, des témoignages similaires relatifs aux spécificités culturelles présumées de certains patients susceptibles, selon les enquêtés, d'orienter leur pratique professionnelle ; comme en atteste par exemple cette conversation entre Océane, auxiliaire de puériculture, et Mathilde, infirmière aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L :

Océane : « Pour nous en tant que soignant, c'est hyper enrichissant, du coup on comprend mieux les codes, moi je comprends mieux pourquoi, voilà, une femme asiatique qui va donner le sein, ça va me sembler étrange⁶¹¹ (...).

Mathilde : Comme une chinoise qui crie lors d'un accouchement, ça me choque moi.

Océane : Voilà, une chinoise qui arrive, qui est enceinte et qui commence à crier c'est que vraiment c'est très grave, sinon, tu ne l'entends pas... [Alors que] le syndrome méditerranéen !

Mathilde : Ah la vache ! Ouh !

Océane : Où t'as des femmes du Maghreb qui arrivent, qui hurlent pour rien, pour rien ! C'est minime ! C'est le syndrome méditerranéen. Alors c'est intéressant de le savoir parce que, effectivement, tu peux t'adapter, te positionner plus facilement par rapport au patient et aussi t'appréhendes mieux du coup, parce que du coup tu sais, tu détectes. (...) Une chinoise qui arrive et qui hurle tu te dis "brancard direct", ça c'est intéressant ! (...)

Mathilde : C'est-à-dire qu'une méditerranéenne qui va hurler, c'est pas pour ça qu'elle va avoir super mal alors que la chinoise qui ne dira rien, elle, elle aura peut être vraiment mal, enfin tu vois c'est en connaissant tout ça que peut-être que tu gères un peu mieux. La

⁶¹⁰ Laurence Kotobi, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *op. cit.*, p. 65. Voir également : « *L'éthiquement correct, au nom des singularités culturelles, peut paradoxalement être une forme de mépris : "les Africains ne sentent pas la douleur..."*, "les Asiatiques craignent d'extérioriser leurs sentiments...", "les Africains du nord transfèrent leur plainte sur le groupe...", etc., comme si le groupe humain voulait se rassurer en attribuant à un autre groupe humain des constantes culturelles sociales, intangibles qui ne le remettent pas, lui, en cause. » Didier Sicard, *Principes de l'éthique médicale et interculturelité*, <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/principes-de-l%C3%A9thique-m%C3%A9dicale-et-interculturalit%C3%A9>, consulté le 15 juillet 2014. « *Des comportements tendent à être attribués à ces diverses catégories, selon une logique reposant sur des stéréotypes récurrents : les femmes africaines allaiteraient naturellement sans problèmes, les femmes asiatiques seraient stoïques et distantes, etc. Le principe d'explication des comportements est souvent culturaliste dans le sens d'une assignation essentialiste des identités qui devient le principal élément de repérage et d'explication des comportements. Ces discours des soignants sont à replacer dans une tendance contemporaine à "culturaliser" les populations d'origine étrangère, qui s'est cristallisée dans une forme sophistiquée dans les travaux d'ethnopsychiatrie (Fassin, 1999).* » Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, 2011, n° 53, p. 115. « *Les soignants interrogés se disent "loin" des chinoises, "nous n'avons rien en commun". Les patientes "Sri Lankaises" ne parlent pas bien français et sont reconnues comme à risque de grossesses plus pathologiques que les autres, notamment du fait de diabète gestationnel. Les patientes "Maghrébines" sont plus charmantes mais aussi plus douillettes. Les "Africaines" sont "plus instinctives", les soignants leur font "plus confiance". La liste ne peut ici être exhaustive, mais des considérations d'ordre très général jouxtent des connaissances plus fines ou de terrain, et laissent craindre des répercussions sur les trajectoires de soins des patientes ainsi catégorisées.* » Priscille Sauvegrain, *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, *op. cit.*, p. 12.

⁶¹¹ « L'asiatique, la femme asiatique qui va pas donner le sein parce que c'est pas propre, qui va pas se laver pendant 40 jours (...) parce que c'est pas propre ! Qui va, qui va donner que du biberon, qui du coup, va donner le relai à la belle-mère et au papa et au reste de la famille. » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

dernière fois, j'en avais une [patiente chinoise], celle dont je te parlais, elle me disait "j'ai mal là" mais c'était tout, "j'ai mal là", "ouais mais c'est pas normal, alors tu as envie de vomir ?" et en fait l'ECG, il était pas bon quoi. Enfin, tu vois c'est, mais elle le disait pas plus que ça, elle disait pas plus. Voilà, là, la méditerranéenne elle aurait fait beaucoup plus de pataquès !

Océane : Oh la la la ! Elle arrive, elle gueule dans tous les sens "il faut que je sois prise maintenant, c'est très grave ce que j'ai, j'en suis persuadée" !

Mathilde : Mais je pense que c'est intéressant de connaître quand même un petit peu la culture des autres pour pouvoir bien les prendre en charge.

Océane : Il faut, il faut être malléable, en fait c'est ça qui est difficile quelque part, c'est que faut savoir être à la fois dans quelque chose de très droit et de très neutre mais en même temps pouvoir s'enrichir de toutes ces cultures et justement les utiliser comme étant des signes qui te permettent de détecter tout de suite si c'est une urgence ou pas, si c'est vrai ou pas, c'est, si c'est de la comédie ou pas quoi. C'est difficile d'avoir un peu, bah c'est un peu le cul entre les deux chaises quoi, t'as les pieds entre les deux. »

Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L et Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Cette longue discussion illustre non seulement la quotidienneté du processus de catégorisation raciale à l'hôpital, mais également en quoi cette racialisation des usagers guide les pratiques. Nous convenons avec Alexandra Nacu que cette labellisation permet certainement aux professionnels hospitaliers de réduire les incertitudes et la complexité des prises en charge de patients perçus comme différents⁶¹² (« détecter si c'est une urgence ou pas, si c'est vrai ou pas »). Nous souhaitons ici interroger les effets, sur la prise en charge des patients identifiés comme roms, de cette catégorisation, cette « *idée que la culture d'origine est monolithique et qu'elle détermine d'une manière prédominante les conduites des malades en matière de santé* »⁶¹³.

Dans la préface de son ouvrage, Michael Lipsky estime que les *street-level brureaucrats* choisissent souvent leur domaine professionnel pour des raisons personnelles, cherchant à endosser un rôle social qui leur permette de se sentir utiles. Toutefois, pour l'auteur, la nature réelle du travail de ces agents leur interdit de s'approcher de la conception idéale de leur profession : les exigences du métier empêchent le traitement individuel des besoins de chaque usager. « *Au mieux, les*

⁶¹² « Le partage des patientes en groupes discrets connaissables imposant le cas échéant des conduites à tenir spécifiques rentre tout à fait dans [la] logique du raisonnement clinique [par typification de catégories mutuellement exclusives et par conformation des décisions médicales à ces taxinomies] (...). La culturalisation des populations immigrées permet aussi de donner des principes d'explication de comportements en apparence irrationnels, mais aussi de ramener l'inconnu au connu. » Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », op. cit., p. 117.

⁶¹³ Doris Bonnet, « Au-delà du gène et de la culture », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 24.

agents inventent des moyens de traiter équitablement, de façon appropriée et avec succès les publics. Au pire, ils tombent dans le favoritisme, les stéréotypes et la routine – qui servent tous les trois des intérêts privés et institutionnels. »⁶¹⁴ Nous allons voir ici ce qu'il en est des professionnels hospitaliers dans leurs relations avec des usagers qu'ils identifient comme roms, en étudiant de quelles façons ils adaptent leurs pratiques professionnelles à la « spécificité culturelle » de ces patients à trois occasions : le franchissement de la « barrière de la langue » (1) ; la prise en charge des patientes présumées roms dans les services de gynéco-obstétrique (2) ; et la gestion de la présence des « grandes familles roms » dans les services hospitaliers (3).

5.1. Franchir la « barrière de la langue » ?

La question de la diversité ethnique et culturelle des usagers des institutions de santé fait immédiatement et en premier lieu naître, chez les enquêtés, des discours relatifs à la « barrière de la langue »⁶¹⁵. Toutes les catégories de professionnels hospitaliers déclarent rencontrer fréquemment des difficultés dans l'exercice de leur métier du fait de la mauvaise (ou de l'absence de) maîtrise de la langue française par certains patients. Dans un article consacré aux délais de passage aux urgences, Nicolas Belorgey identifie les « difficultés de communication linguistique » d'un patient, M. Driss, comme un des facteurs explicatifs de la longueur de son temps d'attente et de passage dans le service. Il soulève également la question des « difficultés [rencontrées par les professionnels] à établir le diagnostic » de ce patient, mais sans lier les deux⁶¹⁶. Pour tous les soignants que nous avons interrogés, les difficultés linguistiques de certains patients constituent indéniablement une entrave à la compréhension de leurs motifs de recours et de leurs symptômes et par conséquent un obstacle à l'exercice de leur pratique professionnelle quotidienne.

« Il faut que le patient soit disposé à te répondre, (...) après aussi y'a certains, qu'est-ce qui bloque c'est, des fois, la barrière de la langue, comme t'as pu le voir hier, j'arrivais pas à

⁶¹⁴ Michael Lipsky, *Street-level bureaucracy*, *op. cit.*

⁶¹⁵ Ces discours ne concernent pas uniquement les interactions avec les usagers identifiés comme roms, voir par exemple : Isabelle Léglise, « Quel accès aux soins et aux services publics pour des citoyens non francophones », *Culture et recherche*, 2011, n° 125, p. 10-11. Latifa Es-Safi, « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant », *Pensée plurielle*, 2001, vol. 3, n° 1, p. 27. Julia Burtin, « Traduire les maux », *Plein droit*, 1 octobre 2013, vol. 98, n° 3, p. 20-23.

⁶¹⁶ Nicolas Belorgey, « Pourquoi attend-on aux urgences? », *op. cit.*, p. 33.

obtenir ce que je voulais. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

« [Les patients qui ne parlent pas français], c'est pas des patients difficiles, c'est des patients avec qui on arrive pas à communiquer, donc après encore une fois, c'est à nous de trouver des moyens, essayer de s'adapter. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

« Moi c'est, ce qui fait que le patient, il est compliqué, c'est la barrière de la langue, c'est vraiment ça. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Honnêtement, même avec la meilleure volonté, tu ne les comprends pas. Y'a des gens qui vont venir pour un truc grave, tu vas écrire qu'il aura mal à la tête, mal au bras, parce qu'il aura pas pu s'exprimer et dire ce qu'il a. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

« Le plus dur, c'est la langue parce qu'on a aucune, on sait rien en fin de compte, (...) c'est vraiment le seul gros barrage qu'on ait, c'est le barrage de la langue parce que malheureusement, on sait pas très bien où on va. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Or, le dialogue avec le patient est considéré comme absolument essentiel pour établir un diagnostic. Le docteur Bruno Mallem, qui regrette que le relationnel ne se résume souvent qu'à la déclinaison des symptômes et quelques formules de politesse⁶¹⁷, rappelle les propos d'un chef du service qui avait encadré un de ses stages d'internat pour souligner l'importance de l'écoute et de la compréhension du patient dans la pratique médicale⁶¹⁸.

« Il me dit "ben écoutez, vous voyez, [Mallem], vous avez écouté cette patiente, elle vous a donné 85 % du diagnostic, vous n'avez rien dit, vous n'avez rien fait, vous l'avez écoutée. [Puis,] vous l'avez examinée, elle vous a donné 10 % du diagnostic restant. Les examens complémentaires que vous avez demandés concernent que les 5 % restants qui n'ont pour utilité de, non pas confirmer votre diagnostic qui est déjà quasiment fait, mais qui est là pour donner un critère de gravité, point !". » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Savoir expliquer et se faire comprendre est également perçu, par toutes les catégories de professionnels hospitaliers, comme essentiel pour que la relation de soin se passe au mieux. Fournir au patient des explications sur son état de santé, sur les examens qu'il va subir, les prochaines étapes de sa prise en charge ou le

⁶¹⁷ Voir chapitre 3, pp.227-228.

⁶¹⁸ Ce constat vaut également pour la pratique paramédicale comme le souligne Fabienne, infirmière dans le même service : « Des fois, tu te poses des questions mais le patient le sait quoi [ce qu'il a], le patient te dit les choses en fait, et il te dit s'il est pas bien ou s'il est bien, ou s'il est gêné pour respirer ou si c'est un problème social (...) Tu viens pas aux urgences parce que t'as envie, bien sûr qu'ils [les patients roms] viennent [pour une bonne raison], et en fait c'est ça que je supporte plus en fait, c'est qu'à l'accueil y'en a qui font pas ça du tout, ils se braquent, ils disent "polyclinique" et ils les envoient, et ils les jettent quoi. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

traitement qu'il va devoir suivre est identifié comme un élément facilitateur de la relation de soin. L'utilisateur informé est plus patient, moins stressé, plus observant.

« On peut pas être un bon médecin si on est pas capable d'expliquer aux gens ce qu'ils ont, ça fait partie du travail du médecin aussi de savoir expliquer "ben voilà, vous avez fait une colite néphrétique, c'est comme ça que ça se passe, voilà la physiopat[hologie] grossière, donc si ça revient il faut venir là, faut prendre tel traitement parce que machin". Parce que, si on dit aux gens "oui, bon ben très bien, vous allez mieux, c'était une colite néph[rétique], au revoir", ben y'aura pas d'observance thérapeutique, ils reconsulteront pas en cas de signe de gravité, et ça, c'est notre responsabilité de leur dire "vous revenez si vous avez de la fièvre ou je ne sais quoi". Donc moi, je considère qu'il faut savoir bien expliquer aux patients ce qu'ils ont, que pour ça il faut avoir une bonne relation et savoir se faire comprendre, et euh et puis être sympathique tout simplement, et que tout ça, on s'en rend compte progressivement. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Si on explique aux gens, ça se passe mieux généralement, même une prise de sang, les gens ne savent pas ce qu'on va rechercher, expliquer, "ben voilà on recherche si y'a pas une infection", avec des mots très simples (...), il faut s'adapter aux gens et à leur niveau de compréhension des termes médicaux. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Enfin, de nombreux enquêtés insistent sur l'importance du dialogue pour construire une relation de soin fondamentalement humaine. Notons que des enquêtées féminines, toutes professions confondues, font parfois référence à ce qu'elles souhaiteraient si, elles personnellement ou l'un de leurs proches, étaient hospitalisés, pour corriger leur propre pratique professionnelle.

« Pour avoir une qualité de soin optimale pour le patient ben il faut que il soit bien, qu'il soit renseigné, qu'il soit informé, c'est super important de bien informer ton patient, c'est comme si toi, il t'arrivait un truc, t'arrives en urgence à l'hôpital mais tu ne sais pas ce qu'on va te faire, tu sais pas ce qui se passe, tu sais pas toi ce que tu as, c'est, ça génère énormément de stress et d'angoisse, c'est super désagréable et comme je voudrais pas que ça m'arrive et ben je fais le maximum pour que les gens soient rassurés quand ils arrivent ici quoi. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

« Faut pas oublier que c'est des êtres humains c'est pas des numéros, c'est pas des lots, et on oublie souvent. On fait des choses manuelles, machinalement, piquer le doigt, le dextro, clac, clac! Sans regarder, sans avoir fait attention d'avoir fait mal au patient, c'est... De temps en temps, moi, je me rappelle ça, en fait, pour pas oublier, je me dis dans ma tête "attends, ça serait ma mère là, quand même, faut pas abuser quoi". » Paola, 27 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public L.

« Je pense qu'aux urgences, une des grosses lacunes des urgences, c'est que les gens ne parlent pas. Le personnel ne parle pas, donc les gens, ils sont là, dans un brancard, et puis ils sont trimbalés, on leur prélève du sang, on leur dit "levez-vous, inspirez, revenez-là", cinq heures plus tard, ils sont toujours pas vus. Et donc ça, c'est horrible, moi, je me dis "mais c'est ignoble !" » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans la mesure où la communication et le dialogue avec le patient sont ainsi unanimement considérés comme les fondements d'une relation de soin efficace et humaine, on comprend en quoi la « barrière de la langue » constitue un défi pour les professionnels hospitaliers⁶¹⁹. La Charte du patient hospitalisé indique que *« l'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches). Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. »*⁶²⁰ Nous étudierons successivement les différents moyens dont disposent les professionnels hospitaliers pour franchir cette « barrière de la langue » et constaterons qu'ils ne sont pas tous utilisés avec la même fréquence, ni la même efficacité.

5.1.1. L'interprétariat dans la relation de soin avec les patients « roms »

Analysant les effets des récentes réformes hospitalières sur la prise en charge des patients⁶²¹, Nicolas Belorgey constate un *« durcissement des conditions d'accès aux soins »*⁶²² : les patients *« doivent souvent insister pour que leur cas soit pris au sérieux particulièrement si les soignants sont incités à réorienter les "fausses urgences". (...) Or, la capacité à mener cette négociation est inégalement distribuée dans la société. »*⁶²³ Parmi les capitaux personnels susceptibles d'influencer l'accès à des soins de qualité, la maîtrise de la langue française constitue indéniablement une ressource essentielle. Ressource dont les patients

⁶¹⁹ Notons toutefois que cette insistance, en entretien, sur la nécessité de communiquer révèle que cette pratique ne va pas de soi. On peut donc en déduire que la « barrière de la langue » n'est certainement pas le seul obstacle à la communication dans la relation de soin, et que les cadences de travail, le flux de patients, les exigences de rentabilité, par exemple, constituent autant d'entraves à la communication patient/soignant.

⁶²⁰ *La Charte de la personne hospitalisée*, Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html> (consultée le 28/01/2015). A propos des politiques publiques en faveur de l'interprétariat, voir : *Conférence nationale sur l'interprétariat médical et social professionnel (Strasbourg, 14/11/2014)*, <http://www.conference.migrationssante.org/textes-de-reference/politiques-publiques-en-faveur-de-linterpretariat/#ancr20>, consulté le 2 avril 2015.

⁶²¹ Question sur laquelle nous reviendrons plus en détail dans le chapitre 7.

⁶²² Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 292.

⁶²³ *Ibid.*, p. 293.

présupposés roms seraient, d'après les professionnels interrogés, souvent dépourvus⁶²⁴.

« [Les Roms] ils parlent pas forcément le français, donc ça, c'est un peu compliqué aussi pour l'interrogatoire. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Ben déjà, c'est pas souvent qu'ils [les Roms] savent parler la langue [française], mais ça, c'est pour tout le monde hein, les étrangers, y'a plein d'étrangers qui viennent, Allemands ou quoi, déjà c'est par rapport à la langue. C'est général, mais bon, pour eux, on va dire c'est la langue. » Nina, ~30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« [Un patient rom] c'est un patient comme un autre, enfin... Après, ce qui complique la prise en charge, ça va être la barrière linguistique parce que souvent, en tout cas les personnes des pays de l'Est pour généraliser, ne parlent pas français et parlent très peu anglais, en tout cas les personnes roumaines c'est – à part les jeunes maintenant, s'ils sont scolarisés – ils parlent pas anglais sinon. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

L'asymétrie inhérente à la relation de soin serait, par conséquent, encore accentuée par le défaut de maîtrise du français auquel des patients identifiés comme roms. Pour y faire face, les enquêtés disent « adapter » leur pratique professionnelle à cette « barrière linguistique ». Ces affirmations répétitives suggèrent *a priori* la mise en œuvre de ressources ou moyens spécifiques, visant à rééquilibrer la relation de soin avec les patients ne maîtrisant pas le français, de façon à favoriser la communication entre soignants et soignés. Pourtant, l'observation menée dans les services dément cette interprétation du terme « adaptation ». Nos conclusions se rapprochent plutôt de celles de Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché qui constatent, à propos de la prise en charge de femmes migrantes maliennes dans des maternités parisiennes que, *« alors que toutes les sages-femmes interrogées reconnaissent que la principale difficulté dans la prise en charge des femmes maliennes migrantes est la barrière de la langue, paradoxalement, peu d'entre elles semblent répondre à ce problème en pratique. En fait, les problèmes "culturels" et de "communication" sont souvent mélangés. Les sages-femmes supposent à la fois que les patientes maliennes, et les patientes d'Afrique subsaharienne plus généralement, posent davantage de dilemmes sociaux que de*

⁶²⁴ Sur les difficultés des populations identifiées comme roms en langue française, voir par exemple : « *Les migrants [roms] récemment arrivés, et notamment ceux en situation de vulnérabilité sociale, et à fortiori en situation irrégulière, peuvent avoir un accès au système de soins limité, (voire inexistant durant les trois premiers mois), méconnaître les dispositifs auxquels ils peuvent recourir, être confrontés à l'obstacle de la langue et, de fait, se trouver éloignés du système de soins.* » Sandrine Halfen, *Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Ile-de-France*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2012, p. 57. Bernard Guzniczak, « Des Roms dans l'entre-deux », *Les Cahiers Dynamiques*, 2012, vol. 57, n° 4, p. 96.

*problèmes de traduction, et que la majorité d'entre elles comprennent très bien le français. »*⁶²⁵ L'adaptation de la pratique professionnelle aux difficultés linguistiques des patients, dont les patients présumés roms, ne concernerait donc pas tellement l'aspect « communication » de la relation de soin, mais plutôt la répartition entre la partie technique et la partie relationnelle dans le soin, entre le *cure* et le *care*. Afin de clarifier ce point, nous allons passer en revue les différentes ressources dont disposent les professionnels hospitaliers pour franchir la barrière de la langue, en gardant à l'esprit le cas concret de la prise en charge des patients identifiés comme roms et les résultats de l'observation menée dans différents services hospitaliers.

5.1.1.1. L'interprétariat par téléphone : une ressource inutilisée

*« Conscient de l'importance de la communication et de la nécessaire compréhension entre les personnes d'origine étrangère et les professionnels des services publics, un groupe de bénévoles crée en 1971 une association qui a pour objectif de "faciliter la communication et la rencontre des cultures entre Français et travailleurs étrangers vivant en France". Cette association, c'est Inter Service Migrants (ISM). »*⁶²⁶ Dans un article daté de 2010, le directeur de l'association précise qu'ISM Interprétariat réalise chaque année 36 000 interprétariats sur site en Ile-de-France et 60 000 interprétariats par téléphone sur l'ensemble du territoire national, principalement auprès de structures sociales, médicales et administratives. *« Les interprètes de l'association vont notamment travailler dans des services hospitaliers ; ISM a ainsi conclu une convention avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) en 1972 et propose trois types de services, dans une centaine de langues et de dialectes. »*⁶²⁷ Forte d'une équipe de 300 interprètes, parlant 94 langues et dialectes, l'association garantit ainsi *« aux étrangers une égalité d'accès aux droits et aux services publics et sociaux »*⁶²⁸.

⁶²⁵ Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *Body & Society*, 2007, vol. 13, n° 3, p. 96.

⁶²⁶ Ali Ben Ameur, « L'interprétariat en milieu social en France », *Hommes & Migrations*, 1 décembre 2010, vol. 1288, n° 6, p. 87. Voir également le site de l'association : *ISM Interprétariat*, <http://ism-interpretariat.com/>, consulté le 29 janvier 2015.

⁶²⁷ Laure Martin, « Interprétariat médical. L'importance du mot juste », *Le Concours médical*, 14 mai 2010, vol. 132, n° 09, p. 361.

⁶²⁸ Ali Ben Ameur, « L'interprétariat en milieu social en France », *op. cit.*, p. 87.

PRUD'HOMME Dorothee | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Pourtant, un seul enquêté sur soixante-quatorze, le professeur Legrand, se déclare fermement et sans aucune réserve en faveur du recours systématique à un interprète professionnel lors de la prise en charge de patients parlant peu ou pas français. Pour lui, il est absolument indispensable que la relation de soin se déroule dans la langue maternelle du patient, aussi bien pour garantir la compréhension de ce dernier que la justesse du diagnostic.

« J'essaie, quand je fais la visite, de montrer que l'aspect technique c'est une chose, mais que l'aspect relationnel c'est une chose plus importante. Par exemple je les tanne – alors là c'est les internes, enfin les internes, les externes, les chefs de clinique, mais également les infirmières –, je les tanne pour qu'ils fassent le plus possible appel à l'interprétariat professionnel pour les patients qui parlent pas ou même mal français, en leur disant "méfiez-vous, même ceux qui parlent apparemment bien français, c'est souvent un français véhiculaire, un peu superficiel, mais dès qu'on va rentrer dans des dimensions un peu plus personnelles, l'angoisse de mort, de désir d'enfant, de problèmes, problématiques de couples, de problèmes type de confidentialité, les mots suivent plus, les concepts suivent plus. Et donc vous allez avoir l'impression de passer des messages qui en fait vont sombrer dans le sable, et il faut absolument que ça se passe dans la langue maternelle, parce que, autrement, ça se passera pas bien". Et, ça, le, c'est tellement peu enseigné, tellement peu favorisé de façon générale, c'est tellement peu dans notre culture, dans notre culture médicale que je me rends compte que ça a un petit peu de peine à rentrer dans les pratiques. » Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

Il est également le seul enquêté à préciser le coût financier d'un tel service (prouvant ainsi qu'il l'utilise effectivement régulièrement) et à mettre ce coût en relation avec l'efficacité de la prise en charge. Il y a en effet, selon lui, un lien direct entre le recours à un interprète et le raccourcissement de la durée moyenne de séjour du patient concerné dans le service⁶²⁹. Il y aurait donc un intérêt, y compris financier, à faciliter la communication du patient dans sa langue maternelle et à favoriser sa compréhension des instructions médicales.

« Ça a un coût euh, alors après tout est relatif, mais ça coûte à peu près 25 euros, alors c'est limité dans le temps, je crois que c'est 25 euros pour vingt minutes ou une demi-heure, ce que je trouve finalement très modique par rapport à l'énorme bénéfice que ça nous fait gagner ensuite. C'est invérifiable mais – parce que je vois pas trop par quelle méthodologie on peut arriver à le démontrer – mais je suis absolument convaincu que ça nous évite des hospitalisations, que ça permet de raccourcir des DMS [durées moyennes de séjour] quand les gens sont hospitalisés, quand les gens comprennent bien de quoi il s'agit, quand ils comprennent bien ce qu'on leur demande, quand ils comprennent bien le traitement qu'on va leur proposer. Et je pense que ça, pour la collectivité, la somme relativement modeste qui est investie dans l'interprétariat est rentabilisée dix fois, si c'est pas cent fois, par une

⁶²⁹ Durée moyenne de séjour qui, comme nous le verrons dans le chapitre 7, constitue un enjeu majeur des dernières réformes hospitalières.

meilleure prise en charge des patients. » Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

Aziz Tabouri, sous-directeur d'ISM Interprétariat, fait le même constat : « *une information bien comprise limite les diagnostics erronés et permet d'économiser des analyses médicales superflues ou encore de réduire des journées et des nuits d'hospitalisation. Elle permet donc de faire des économies.* »⁶³⁰ Pourtant, en plus de dix-huit mois cumulés de présence journalière dans différents services des établissements enquêtés, nous n'avons pas une seule fois été témoin ou même entendu parler d'un cas concret de recours à un service d'interprétariat professionnel (ISM Interprétariat ou autre). Même constat de la part de Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché dans le cadre de leur recherche relative à la prise en charge des femmes maliennes migrantes⁶³¹. Et la santé n'est pas le seul domaine concerné. D'après le Collectif Onze, la situation est, par exemple, similaire dans le domaine de la justice : « *aux affaires familiales, parmi les 330 affaires que nous avons observées dans quatre tribunaux différents, nous n'avons jamais vu un seul interprète-traducteur. Pourtant, dans nombre d'affaires, des justiciables comprenaient mal ou s'exprimaient difficilement en français.* »⁶³² Pour quelles raisons, ces professionnels choisissent de se passer des services d'un interprète professionnel lors de la prise en charge d'un usager maîtrisant difficilement la langue française ? Les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés proposent différents arguments pour justifier cette décision.

Avant tout, comme dans le domaine de la justice⁶³³, c'est la question de l'urgence, du temps dont les professionnels disposent pour prendre en charge ces usagers, qui s'impose. Identifier la langue de l'utilisateur, contacter le service d'interprétariat, trouver un interprète parlant la langue de l'utilisateur, attendre qu'il soit disponible et réaliser la consultation par son intermédiaire sont des tâches chronophages, non prévues par la procédure classique de prise en charge des patients.

« On a un service, en fait, d'interprétariat qu'on peut appeler. (...) On a eu des Afghans alors, les Afghans c'est très particulier parce que tu as plusieurs euh, t'as plusieurs dialectes, donc c'est un peu comme les Chinois, t'as plusieurs dialectes, quand on a ce style

⁶³⁰ Aziz Tabouri, « L'interprétariat dans le domaine de la santé », *Hommes et migrations*, 1 novembre 2009, n° 1282, p. 106.

⁶³¹ Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *op. cit.*, p. 94-96.

⁶³² Le Collectif Onze, *Au tribunal des couples: Enquête sur des affaires familiales*, Odile Jacob, 2013, p. 20.

⁶³³ *Ibid.*

de patients, on appelle l'interprète, y'en a qui parlent le farsi, y'en a qui parlent le machin, pareil pour la Chine, donc des fois si, si on fait appel... Alors le truc c'est qu'ils te donnent un numéro, t'attends une plumbe. » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

La nécessaire réactivité des soignants en situation de soin, en particulier dans les services d'urgences, est opposée, dans le discours des professionnels interrogés, à la disponibilité présumée de l'interprète parlant la langue ou le dialecte spécifique de l'utilisateur.

« C'est vrai que j'y pense pas forcément tout de suite, toc, tiens traducteur, parce que quand tu vois "tiens, t'as lui [ce patient] euh... ok, il parle peul, c'est du lundi de 15h30 à 17h30", c'est un peu risible quoi, donc tu vas pas leur dire "ah ben non, vous aviez deux heures pour venir, non, non, ben vous repassez lundi prochain, si il est pas malade il sera là". Et encore, tu [lui] dis ça mais elle [la patiente] va rien comprendre. C'est complètement débile ! » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Plus inattendu, certains professionnels se plaignent du défaut de « finesse » des entretiens réalisés avec l'aide d'un interprète ou de l'entrave à l'empathie que constitueraient ces derniers dans la relation soignant-soigné. Pour ces raisons, l'interprétariat par téléphone ne serait pas, selon eux, une solution optimale pour surmonter la « barrière de la langue » au cours de la relation de soin ou de l'entretien social.

« [La population de l'hôpital public L] c'est une population majoritairement d'étrangers, donc il y a une barrière de la langue et, et ça, clairement c'est euh... Tu peux pas, c'est plus difficile d'avoir de l'empathie avec quelqu'un quand t'es obligé de passer par le téléphone. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Quand les patients arrivent et ne parlent que une certaine langue d'Asie, d'Afrique ou... Et là, c'est juste infernal ! C'est difficile parce que, on a beau avoir un service d'interprétariat téléphonique, eh ben c'est pas pareil, enfin, parce qu'on arrive pas à détecter les petites finesses parce que c'est compliqué et donc là, je dirais que c'est difficile, mais pour tout le monde, je veux dire, (...) surtout pour le patient déjà, mais aussi pour le docteur. » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Quand je suis amenée à faire un entretien, je vais pas avoir la même finesse d'entretien quand je vais être amenée à le faire avec un traducteur par téléphone, par exemple. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

En outre, Rosina, l'assistante sociale des urgences de l'Hôpital L, exprime explicitement des doutes quant à la fiabilité ou au professionnalisme des interprètes contactés par téléphone.

« Les traducteurs par téléphone, ils ont aussi leur biais à eux, j'en ai vu des fois qui me traduisaient pas la moitié de ce que les gens me disaient quoi, donc au bout d'un moment tu leur fais "est-ce que vous pouvez me traduire mot pour mot, s'il vous plaît ?" Parce que j'ai besoin moi, d'avoir, d'avoir un peu cette sensation, là, j'ai pas, donc c'est frustrant là, parce

que tu te dis que t'as pas fait tout le boulot que t'aurais pu faire. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Enfin, le professeur Legrand et le docteur Bouzidi soulignent les réticences des directions d'établissement devant le coût financier du recours à l'interprétariat par téléphone. Ils disent avoir reçu des consignes de la part de leur direction visant à réduire au maximum le recours à ce service extérieur.

« Quand j'étais à [l'hôpital public B], la direction nous disait "[utilisez] Inter Service Migrants au minimum et, de toutes façons, on vous mettra des freins, c'est-à-dire que si vous dépassez un certain seuil, ce sera niet, on paiera pas la facture et donc ISM n'acceptera pas", ce que je trouve absolument stupide. Quand on voit, par ailleurs la gabegie qui se passe, qui se compte en centaines ou en millions d'euros, je trouve ça absolument stupide et c'est un très, très mauvais calcul d'un point de vue coût collectif de la santé, mais bon. » Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

« [Le problème de] la langue, on a résolu parce qu'on a la chance d'avoir un truc, interprétariat téléphonique (...). Y'a des gens, y'a des gens [des patients] pour lesquels on a pas le choix. Je veux dire euh simplement, on peut pas communiquer avec eux, donc moi, je veux bien qu'on m'explique, moi je veux bien qu'on me dise "on n'utilise pas l'interprétariat", mais y'a des gens, on sait pas ce qu'ils ont donc, je veux bien les traiter mais enfin c'est compliqué. » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans un article daté de 2007, le chef du service de maladies infectieuses et tropicales⁶³⁴ de l'hôpital Avicenne de Bobigny, affirme que le recours à l'interprétariat est « *un droit évident et prioritaire, notamment pour les problèmes de santé ayant des conséquences importantes. Ce droit est pourtant trop peu reconnu et le recours à l'interprétariat reste à l'évidence très limité dans les hôpitaux, ce qui nous paraît éthiquement fort contestable.* »⁶³⁵ Cela semble effectivement le cas dans les établissements enquêtés. Les professionnels que nous avons interrogés fournissent de multiples arguments pour justifier le fait qu'ils ne recourent qu'exceptionnellement aux services d'interprètes professionnels lors de la prise en charge de patients parlant peu ou pas français. A cette solution officielle de l'interprétariat professionnel, ils disent préférer d'autres moyens qu'ils jugent mieux adaptés à leur environnement de travail (et plus en accord avec les directives des autorités de tutelles relatives aux questions financières).

⁶³⁴ Service qui, par définition, reçoit un nombre important de patients étrangers.

⁶³⁵ Olivier Bouchaud, « Prise en charge des migrants en situation de précarité », *LAENNEC*, 2007, n° 4, p. 55. De même, le médecin et directeur général du Comede ainsi qu'une salariée du GISTI notent que « *le recours aux interprètes est trop rare dans les hôpitaux et dans les administrations* » Arnaud Veïsse et Marie-Ange d' Adler, « Exclues des politiques de santé publique », *Plein droit*, 2014, vol. 101, n° 2, p. 31.

5.1.1.2. L'annuaire des professionnels : une solution inégalement appropriée

La deuxième solution pour franchir la « barrière de la langue » est interne : tous les établissements enquêtés disposent d'un fichier réunissant les professionnels hospitaliers déclarant une compétence dans une ou plusieurs langues étrangères. Les enquêtés disent régulièrement faire appel à un(e) collègue ou, à l'inverse, être sollicités par les membres d'une équipe soignante pour endosser le rôle d'interprète auprès d'un patient dont ils parlent la langue⁶³⁶. La diversité des origines des professionnels recrutés constitue ainsi une ressource pour faire face aux difficultés linguistiques de certains patients⁶³⁷.

« Par rapport à la langue, quelquefois on ne comprend pas certains dialectes et c'est vrai que... On a dans l'établissement une liste d'interprètes, du personnel, qu'est-ce qu'il parle comme langue et c'est vrai que c'est super bien de savoir que telle ou telle personne parle telle langue quand on a un problème de communication. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

« On a une liste, dans l'hôpital, d'interprètes pour tout un tas de langues, donc on peut faire appel à des gens [des soignants] qui maîtrisent un peu la langue. » Dominique Trzepizur, 48 ans, cadre infirmier, service de réanimation, Hôpital public G.

Cette solution d'un interprétariat interne peut-elle s'appliquer dans tous les cas ? En particulier, s'applique-t-elle dans le cas des patients présumés roms ? Seuls deux infirmiers travaillant aux urgences de l'Hôpital public L déclarent savoir à qui s'adresser, parmi leurs collègues, dans l'éventualité où la présence d'un interprète s'avérerait nécessaire lors de la prise en charge de patients identifiés comme roms. Ils partent tous les deux de l'idée que les « Roms » parleraient roumain.

« J'essaye d'abord de savoir de quelle origine, [le patient] il est, euh... Si jamais j'arrive à connaître l'origine, j'essaye de trouver quelqu'un d'abord dans le personnel qui parle la même langue, si on trouve pas... Pour un Roumain, ça va être un peu... Quoi que si, on a

⁶³⁶ Deux exemples parmi de nombreux autres :

« Parfois pour obtenir des informations que je veux et pour aider certains collègues, [je me sers de mes connaissances linguistiques personnelles], oui tout à fait. (...) De temps en temps, j'ai des appels [d'autres services qui cherchent un interprète en tamoul]. C'est surtout avec la pédopsychiatrie en ce moment. Sinon de temps en temps aux urgences, en fait. (...) Si je suis disponible, si je peux lâcher ce que je suis en train de faire j'y vais. Si je peux pas, ben je leur dis que je peux pas et puis... Et si c'est aux urgences, je vais venir parce que je sais qu'il n'y a rien de plus frustrant que de voir un malade, dont on sent qu'il a un problème et qu'on n'arrive pas à détailler. » Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

« Combien de fois ça m'est arrivé de rester en salle de travail pour accompagner les dames qui parlent pas français, qui parlent russe en fait, qui comprennent pas, rien que leur dire "faut pousser, faut pas pousser, respire, gonfle pas les joues mais pousse l'air, essaye de donner l'air à ton bébé, respirer dans le ventre", en fait il faut expliquer pour, on dit, la sage-femme elle dirige la dame pour accoucher, donc, il fallait que je traduise ce qu'elle veut la sage-femme. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁶³⁷ Dorothee Prud'homme et Christophe Bertossi, *La « diversité » à l'hôpital - identités sociales et discriminations raciales dans une institution française*, Paris, Centre Migrations et Citoyennetés, Ifri, 2011, p. 101-104.

quelqu'un [dans l'établissement] qui parle le roumain. » Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

« Il faut faire appel à tout, mais ça se fait de manière, voilà c'est pas calculé quoi, il faut faire appel à, des fois par exemple on a des, on avait quelqu'un qui parlait roumain dans le personnel, on avait un interne qui parlait roumain, russe et tout, donc c'était super, dès qu'il y avait un roumain, voilà, il parlait [aussi] polonais. Donc, à chaque fois, en fait, on change d'interne, on sait qui parle quoi. » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Il y a également un « annuaire interne des traducteurs » dans le groupe hospitalier pour lequel travaille Anne Fournier, cadre médico-social⁶³⁸. Là aussi, la direction du groupe inciterait les professionnels à solliciter des « traducteurs internes » plutôt que les services d'Inter Service Migrants Interprétariat, pour des raisons financières. Concernant spécifiquement les usagers « roms », Anne Fournier énumère trois professionnelles susceptibles de servir d'interprètes auprès des membres présumés de la « communauté roumaine » : une auxiliaire de puériculture, une interne de médecine et une cheffe de service. Outre les problèmes d'organisation que suppose, d'après elle, l'intervention d'un professionnel d'un autre service pour jouer les interprètes (« le patient doit attendre » que le professionnel qualifié soit disponible pour venir faire la traduction), elle précise qu'« il faut savoir pour quoi on les sollicite ». Anne Fournier dit, par exemple, faire attention à choisir les patientes qu'elle envoie à la cheffe de service parlant roumain en fonction de leur motif de recours, car elle estime que cette professionnelle n'est pas favorable aux procédures d'interruption de grossesse (IVG) – sous-entendant qu'elle pourrait utiliser ses compétences linguistiques pour influencer la décision d'une patiente présumée rom se présentant pour ce motif⁶³⁹. Le recours aux ressources internes des établissements est fréquemment cité comme une solution pratique et efficace par les professionnels interrogés sur la question de l'interprétariat à l'hôpital en général. Toutefois, l'exemple concret de la prise en charge de patients présumés roms ne parlant pas ou mal français illustre les difficultés inhérentes à cette solution endogène. Toutes les langues ne sont pas également représentées parmi les professionnels hospitaliers et il y aurait par exemple très peu de soignants susceptibles de parler roumain dans les établissements enquêtés (si tant est que ces usagers identifiés comme roms parlent

⁶³⁸ Anne Fournier, ~45 ans, cadre médico-social, entretien exploratoire.

⁶³⁹ La question de la perception que les professionnels hospitaliers rencontrés ont du recours aux procédures d'IVG par les patientes identifiées comme roms sera approfondie ultérieurement.

effectivement roumain). D'autre part, ces « traducteurs internes » sont avant tout des professionnels hospitaliers dont l'interprétariat n'est pas la mission première. Les questions de leur compétence, de leur disponibilité mais également de leur impartialité méritent par conséquent d'être posées. De fait, dans le cas spécifique des patients présumés roms, cette solution est rarement jugée adaptée par les professionnels interrogés, principalement par défaut de ressources internes. Ils font alors appel à un « interprète familial » lorsque cela est possible.

5.1.1.3. Les biais d'une traduction familiale

Associé à l'idée que les usagers présumés roms se présenteraient à l'hôpital systématiquement accompagnés de nombreux membres de leur « communauté »⁶⁴⁰, le constat que ces « grandes familles » compteraient en leur sein la présence d'au moins une personne susceptible de traduire les propos tenus lors de la relation de soin est partagé par un grand nombre d'enquêtés.

« Déjà quand t'as un Rom, t'en as deux en général. Ils sont pas tout seuls, t'en as au moins deux, c'est par deux, ça marche par deux ! Euh c'est comme dans d'autres communautés, ce qui paraît logique : y'en a un qui, en général, maîtrise plus, plus l'écrit et l'oral et qui vient, qui vient filer un coup de pouce. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

« [Les Roms] ils se font accompagner par quelqu'un qui, ben, je pense que c'est quelqu'un, ben un des leurs mais qui parle un peu mieux le français, qui arrive à se faire comprendre. J'ai remarqué qu'ils viennent maintenant à deux, accompagnés de quelqu'un qui pourrait un peu, être un peu l'interprète. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Y'a des gens [roms], voilà, qui ramènent des enfants qui sont malades et y'en a un dans le camp qui va ramener tous les enfants malades donc du coup, donc y'a une personne qui est là, plus ou moins colporteuse et qui ramène les enfants à l'hôpital quand y'a besoin, avec les parents (...). Du coup, quand y'a un enfant malade ou deux enfants malades, il vient avec les familles et, du coup, il vient il fait un peu le traducteur, entre guillemets. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Notons que ces professionnels hospitaliers ne mettent jamais en relation le fait que les usagers qu'ils identifient comme roms viennent accompagnés d'un proche susceptible de tenir le rôle d'interprète et le fait qu'eux-mêmes ne recourent qu'exceptionnellement à un interprète extérieur au groupe –professionnel ou non. En revanche, ils sont nombreux à énumérer les limites du recours à

⁶⁴⁰ Voir à ce sujet, chapitre 4, pp.242-298.

l'« interprétariat familial » lors de la prise en charge de patients présumés roms⁶⁴¹. En 2011, une élève-infirmière consacre son travail de fin d'étude à la relation interculturelle à l'hôpital. Concernant la « barrière de la langue », elle note que *« souvent les soignants ont recours à l'entourage du patient en guise d'interprète. Même si l'ami ou le membre de la famille peut apparaître comme une figure rassurante pour le patient, des biais peuvent intervenir dans leur traduction. L'interprète peut trier les informations qu'il donnera au patient pour le protéger (par exemple dans certaines cultures, il est irrespectueux d'annoncer la mort) ou dans l'autre sens, il pourra exagérer les symptômes afin d'attirer l'attention du personnel soignant. »*⁶⁴² Dans le cas des usagers présumés roms, les témoignages relatifs aux biais potentiels d'une « traduction familiale » insistent davantage sur les tabous de la communication entre hommes et femmes⁶⁴³. Plusieurs professionnelles de l'Hôpital public L remarquent ainsi que les accompagnants susceptibles de remplir le rôle d'interprète sont fréquemment des hommes et que les patientes semblent réticentes à l'idée de parler de pathologies gynécologiques dans ces conditions.

« C'était une jeune fille [rom] qui venait d'apprendre qu'elle était enceinte en fait, elle venait pour un trauma, et en fait, au cours de la consultation de traumatologie, on a découvert qu'elle était enceinte. Et elle venait avec son, son ami et ils étaient super méfiants par rapport aux questions qu'on pouvait poser. Donc, elle était, voilà, c'était, c'était juste pas possible qu'on pose des questions et c'était juste pas possible qu'on aille creuser (...). Cette jeune fille, je pense que ça aurait été bien qu'elle puisse être prise en charge un petit peu mieux et que là on n'a pas eu d'accroche. (...) Y'avait une difficulté de communication parce qu'on passait par Monsieur pour faire la traduction donc forcément par un biais (...). » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Alors, après, c'est souvent des hommes qui parlent français, donc finalement tu les vois éventuellement au début de la consultation mais c'est des gens que tu vois plus du tout après, parce que forcément tu vas les faire sortir lors de l'examen clinique, l'échographie si y'a nécessité d'en faire une... Tu as un secret médical que tu dois respecter de toutes façons, donc finalement il te dit ce que la patiente [rom] a bien voulu dire à cette personne, donc déjà elle a pas forcément envie de tout lui dire, et après tu comprends beaucoup de choses par les gestes, pas besoin vraiment de parler la même langue pour se comprendre. »

⁶⁴¹ Notons que ceci n'est pas spécifique aux patients identifiés comme roms : les auteurs d'un article consacré à la prise en charge de patients musulmans pendant la période de ramadan remarquent par exemple que *« la consultation médicale apparaissait complexe devant la présence d'interprètes que sont souvent les enfants ou un membre de la famille, faisant émerger des doutes quant à la traduction réelle des propos. »* C. Edin, P. Marais, P. Moulevrier, J.-F. Huez, et S. Fanello, « Médecine générale et ramadan. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2011, vol. 42, n° 2, p. 92.

⁶⁴² Aurore Beghennou, *La relation interculturelle à l'hôpital*, Travail de fin d'étude conduisant au diplôme d'état d'infirmière, IFSI Hôpital G. Marchant, Toulouse, 2011, p. 17.

⁶⁴³ Voir également à ce sujet : Olivier Bouvet et Stéphane Floch, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants », *op. cit.*

Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Les enquêtées qui mentionnent ces situations regrettent, comme l'assistante sociale des urgences de l'Hôpital L, de ne pas avoir d' « accroche » avec la patiente de façon à la prendre en charge « un petit peu mieux ». Mais, tout en étant conscientes de ce biais, elles n'envisagent pas de faire sortir l'accompagnant et de recourir à un interprète extérieur afin de favoriser la communication avec la patiente tout en respectant son intimité. Lorsque, pour respecter le secret médical, l'accompagnant masculin est éloigné de la salle d'examen, la consultation se poursuit par des gestes. La partie technique du soin (l'examen clinique, les examens complémentaires, les résultats biologiques) prend alors le pas sur la partie relationnelle.

D'autre part, il est remarquable que les critiques exprimés par certains professionnels à l'encontre des « interprètes familiaux » présumés roms sont empreintes de méfiance. Suzanne, aide-soignante en gynéco-obstétrique à l'Hôpital public G, dit par exemple craindre que les proches des patientes appartenant selon elle aux Gens du voyage, ne traduisent pas l'intégralité des propos tenus lors de la relation de soin – mais, elle aussi, répète à de multiples reprises « on n'a pas le choix » comme si aucune autre alternative d'interprétariat n'était à sa disposition.

« En général [avec les patients roms], quand même, y'a toujours quelqu'un de la famille [pour tenir le rôle d'interprète]. (...) Ben malheureusement, des fois, on est obligé de faire avec. Des fois, on n'a pas le choix. Des fois, des fois, on a l'impression que tout n'est pas dit, mais... Bon, on fait avec. Si on a que, que ces personnes-là, on n'a pas trop, trop le choix. » Suzanne, ~35 ans, aide-soignante, service de gynéco-obstétrique, Hôpital public G.

Cette suspicion relative à l'exhaustivité des propos traduits par les accompagnants présumés roms est récurrente dans les propos des enquêtés. Ainsi, commentant la prise en charge, en tant qu'infirmière d'accueil et d'orientation, d'un patient présumé rom venu la veille accompagné d'un ami censé traduire les propos échangés, Charlotte dit avoir réclamé à l'accompagnant des preuves qu'il traduisait bien ce qu'elle demandait au patient. Ayant assisté à cette consultation, nous savons que cela n'a pas été le cas – même si son *hexis* corporelle traduisait clairement son agacement devant la mauvaise volonté supposée de cet interprète improvisé : levant les yeux au ciel, haussant la voix au fur et à mesure qu'elle posait les questions.

« Les Roms qui parlent pas français, pour comprendre ce qu'ils ont, par exemple, le patient d'hier, je sais pas de quelle origine il était, je sais pas s'il était rom ou quoi. (...) Je posais

les questions et le Monsieur [l'accompagnant] il disait "oui, oui, oui" mais il comprenait pas ce que je lui disais, "vous avez pris un médicament ?", "oui, oui, oui", "non mais, déjà, c'est pas à vous que je vous demande, c'est à lui, demandez-lui, prouvez-moi au moins que vous lui demandez les choses", mais ben ça, c'est gênant quoi. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

Malgré le défaut d'information à inscrire dans le dossier, Charlotte a clos cette consultation IAO sans faire appel à un interprète professionnel, charge aux médecins de s'appuyer sur les examens cliniques pour déterminer le problème de santé du patient en question.

Il arrive que la suspicion demeure, y compris lorsque l'accompagnant présumé rom chargé de traduire les propos du soignant y met visiblement de la bonne volonté. Océane, auxiliaire de puériculture à l'Hôpital public L, se dit gênée par la présence d'un proche (qu'elle identifie comme « cette personne » puis le mari et enfin l'ami) de la patiente identifiée comme rom, tout en reconnaissant qu'« il n'était pas méchant » et qu'il semblait traduire fidèlement ses propos. Elle parle d'une prise en charge « difficile » et « délicate », doutant de l'incapacité de la patiente à parler français et de sa volonté d'entrer en contact, même visuel ou tactile, avec elle.

« La maman parlait pas beaucoup, j'avais beaucoup de mal du coup à dialoguer avec elle parce qu'elle parlait pas, alors j'ai pas su si elle parlait pas du tout notre langue ou si elle ne voulait pas aussi entrer en contact avec moi, ça je ne savais pas trop. Moi la prise en charge j'ai eu quand même quelque part une difficulté parce que je pouvais pas rentrer en contact avec elle, donc du coup je pouvais même pas la toucher. Du coup, y'avait souvent cette personne qui était là, qui en fait était à côté et qui me disait "dites-moi ce que je dois lui dire et je vais lui retranscrire" donc du coup, pour les mises au sein, les choses comme ça, les changes, c'est, c'était, c'était délicat parce que du coup, c'était lui qui prenait vraiment toutes les infos et qui les retransmettait après à sa femme, donc j'avais pas un échange direct avec elle mais avec lui. Il était pas méchant, il écoutait, il retransmettait, je pense qu'il retransmettait quand même fidèlement ce que je lui disais mais elle, en même temps, me regardait pas trop voilà, elle était concentrée sur son bébé ou elle regardait un peu cet ami-là mais moi j'ai pas eu effectivement de lien direct avec elle. » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Malgré ses nombreuses limites – les soupçons d'inexactitude, la méfiance vis-à-vis de la réticence présumée de certains accompagnants à traduire intégralement les propos des soignants ou l'obstacle que constitue parfois la présence d'un proche dans la description de certains symptômes –, le recours à l'« interprète familial » est perçu, par les enquêtés, comme une solution à la « barrière de la langue » dans la relation de soin avec les patients présumés roms. A tel point que certains professionnels hospitaliers considèrent qu'il revient au patient présumé rom ne

maîtrisant pas le français de se présenter à l'hôpital accompagné d'un proche susceptible de traduire les propos échangés.

« Après, est-ce que là, par exemple, pour cette situation où la nana, elle parle pas bien français et tout, je trouve que oui, ça serait correct, quand tu parles pas bien français de venir avec quelqu'un qui traduit, quoi, et pas de venir avec celui qui est censé traduire mais qui parle aussi mal, donc là c'est encore pire en fait. (...) Je vois qu'il traduit mal mais que j'arrive même pas à mettre le doigt sur qu'est-ce qu'il traduit mal. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ce dernier témoignage confirme les observations que nous avons menées dans les services enquêtés : dans la très grande majorité des cas, le patient qui ne maîtrise pas la langue française bénéficie du soutien d'un interprète, uniquement s'il en a lui-même organisé l'intervention. Lorsqu'il revient aux professionnels hospitaliers de trouver des solutions à la barrière de la langue, rares sont les cas pour lesquels ils font appel à un interprète – professionnel ou non.

5.1.1.4. Un recours sélectif aux interprètes

D'après les professionnels rencontrés dans les services enquêtés, le recours à l'interprétariat, quel qu'il soit, n'est donc pas systématique car il n'est pas toujours nécessaire. Ils expliquent fréquemment que les moyens mis en œuvre pour franchir la « barrière de la langue » doivent être adaptés aux circonstances. Voyons donc dans quels cas les enquêtés estiment que le recours à un interprète est nécessaire et sur quels critères ils fondent cette distinction.

Stéphanie Larchanché et Carolyn Sargent constatent que « *toutes les sages-femmes ne s'accordent pas à dire que la barrière de la langue est seulement marginale en matière de soins de santé corrects. Une sage-femme reconnaît que le langage des signes a ses limites, en particulier pour des questions importantes comme obtenir l'accord de la patiente pour une épidurale ou une césarienne.* »⁶⁴⁴ De même, Myriam, interne de médecine générale en stage aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L considère que toutes les pathologies ou interventions chirurgicales ne nécessitent pas la mise en œuvre des mêmes moyens de communication. Pour « les trucs importants », elle dit faire en sorte que les patients ne parlant pas français soient accompagnés d'un interprète, de façon à favoriser leur compréhension de la pathologie et du traitement à suivre.

⁶⁴⁴ Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *op. cit.*, p. 96.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

« Quand c'est des trucs importants, genre quand c'est des cancers et tout ça, franchement on demande vraiment que, enfin on explique rien au patient directement, on demande toujours qu'il y ait quelqu'un qui traduise quoi. Donc, on se débrouille toujours pour qu'il y ait quelqu'un parce que c'est trop important tu vois : si elle prend pas bien son traitement pour la cystite c'est pas très grave, tu vois, si elle comprend pas qu'on va lui enlever l'utérus enfin c'est quand même pas la même chose ! Donc on se débrouille pour qu'il y ait toujours quelqu'un, ou eux [les patients] se débrouillent. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Notons toutefois qu'elle envisage uniquement le recours à un interprète familial, sans doute parce que celui-ci serait susceptible d'apporter soutien et réconfort à la personne hospitalisée. Pourtant cet interprète familial se trouve alors, de fait, dans l'incapacité de respecter la neutralité et la distanciation nécessaires à l'interprétariat en milieu social⁶⁴⁵.

Le docteur Dupetit, employée aux urgences de l'Hôpital L, dit quant à elle, décider si la consultation va nécessiter l'intervention d'un interprète en fonction de l'âge du patient pris en charge. Pour les patients les plus âgés, dont les antécédents médicaux sont susceptibles de peser sur son diagnostic, elle estime que le recours à un interprète peut être vraiment utile. En revanche, dans le cas de patients plus jeunes, la communication gestuelle serait suffisante. Le recours à un interprète ne vise donc pas ici le confort du patient, mais le recueil d'informations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic.

« Alors, on a la chance d'avoir le, l'interprétariat 24h/24. (...) Moi, je l'utilise de moins en moins parce que j'ai appris à faire un interrogatoire en mime quasiment. Ben c'est pas très, on va dire que c'est pas très compliqué ; on va dire que quand il a soixante ans et que il est très altéré et que il est potentiellement à avoir énormément d'antécédent médical, oui, effectivement, là, je vais dire, je vais prendre mon téléphone et je vais demander au moins pour les antécédents quoi, parce que... Mais quand il a trente ans, qu'il a l'air d'être plutôt bien, il parle pas français, il vient pour de la fièvre etc., c'est pas très compliqué de mimer vous vomissez, vous avez mal à la tête, vous avez mal à la gorge, tout ça, c'est facile à faire finalement, la diarrhée, tout ça je suis très forte moi, en mime, mime et bruit ! » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

De même, pour Gilles, infirmier aux urgences de l'Hôpital public L, toutes les prises en charge ne nécessitent pas l'intervention d'un interprète. Il décrit le cheminement intellectuel par lequel il choisit le moyen de traduction adéquat lors de la prise en charge de patients ne parlant pas français et explique que, pour certaines « choses simples », il n'a pas besoin de traduction.

⁶⁴⁵ Sur l'éthique en matière d'interprétariat en milieu social, voir : « ISM Interprétariat », *op. cit.*. « *"la fiabilité, la neutralité, la transparence, le devoir de réserve et le respect du secret professionnel et médical" sont les bases de l'interprétariat, selon Abdelaziz Tabouri [sous-directeur d'ISM Interprétariat].* » Laure Martin, « Interprétariat médical. L'importance du mot juste », *op. cit.*, p. 361.

« Si jamais je trouve pas parmi le personnel, bah à ce moment-là j'essaye de voir parmi les gens en salle d'attente si y'a des patients, des accompagnants, d'autres patients qui pourraient éventuellement me donner un coup de main pour faire des traductions, et puis, si jamais on trouve personne au sein du service, que ça soit en patients, en accompagnants de patient, que ça soit en personnel, alors à ce moment-là on peut éventuellement faire appel au service de traduction, je dis éventuellement parce que, parfois, on a pas besoin tellement de, de traduction parce que quand c'est des choses simples... on arrive à... » Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

On retrouve de nouveau cette conception purement utilitariste de l'intervention d'un interprète dans la relation de soin : dans la plupart des cas, Gilles parvient à mener à bien sa mission professionnelle sans faire appel à un tiers pour traduire les propos du patient. Aucune mention n'est faite des besoins potentiels du patient de se faire comprendre ou de comprendre ce qui lui est expliqué concernant sa prise en charge.

Enfin, certains professionnels rencontrés estiment que la communication verbale n'est finalement pas essentielle à la relation de soin. D'après le docteur Wartner, les patients qu'elle identifie comme roms sauront toujours se faire comprendre en cas de problème, ce qui lui permet de « travailler » sans se préoccuper des moyens d'expression de ces patients.

« Et puis, [les Roms] c'est aussi des gens qui sont dans la survie, donc ils arrivent toujours à se faire comprendre. Y'a un message à faire passer, ils le font passer. Et puis, on parle pas de Kant hein, d'ordinaire, et moi, je suis pas dans l'entretien social, je travaille donc... » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

De même, Pauline, interne en gynéco-obstétrique à l'Hôpital public L, considère que les patientes qu'elle reçoit en consultation ne demandent qu'à être rassurées quant au bon déroulement de leur grossesse, ce qui d'après elle, ne nécessite pas l'établissement d'une communication verbale.

« Mais après, nous c'est, après, nous, souvent, tu vois, on n'a pas de médicaments à leur donner ou de choses comme ça, c'est juste que le message, souvent, le plus souvent, à la fin d'une consultation aux urgences de gynécologie-obstétrique, la seule chose que tu vas faire c'est de rassurer la patiente quant à la vitalité et au bien-être de son bébé, donc finalement tu espères juste qu'elle a compris ça, parce qu'en soi y'a pas de médicaments ou d'observance ou de tout ça. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés expliquent ainsi que seules certaines circonstances peuvent justifier le recours à l'interprétariat : lors de l'annonce d'une pathologie grave ou d'une intervention chirurgicale importante ou bien lorsque les antécédents médicaux potentiels du patient pourraient influencer sur le diagnostic posé. On constate que ces enquêtés ont de l'interprétariat une vision

très utilitariste – ils n’envisagent jamais le recours à l’interprétariat comme un besoin potentiel du patient, cherchant l’efficacité avant le confort du patient. Ces déclarations contrastant nettement avec les discours sur la communication comme vecteur essentiel de la relation de soin présentés en introduction, confirment la réalité observée dans les services : dans la majorité des cas, la prise en charge de patients parlant peu ou mal français se fait en l’absence d’interprète. En ce qui concerne spécifiquement les patients perçus comme roms, l’interprète professionnel est jugé indisponible et onéreux, les soignants-interprètes parlant la langue adéquate seraient rares et les interprètes familiaux sont perçus comme indignes de confiance. Les professionnels ont alors recours à un ensemble de pratiques informelles et improvisées, la « débrouille »⁶⁴⁶, qui tendent indirectement à renforcer l’altérisation des patients ne maîtrisant pas la langue française et conduisent parfois à la pratique d’une « médecine vétérinaire »

5.1.2. De la « débrouille » à la « médecine vétérinaire »

Au-delà des déclarations de principe des soignants, l’observation sur le terrain des moyens effectivement mis en œuvre pour franchir « la barrière de la langue » laisse penser que, dans une majorité des cas, les soignants renoncent à établir une véritable communication verbale avec les patients parlant peu ou pas français. Nous allons voir maintenant comment se déroule concrètement l’immense majorité des prises en charge de patients ne parlant pas français. Tout d’abord, nous énumérerons les bricolages mis en œuvre par la quasi-totalité des enquêtés, quels que soient leur profession, le service ou l’établissement dans lequel ils travaillent, pour contourner les difficultés que pose l’absence d’une langue commune dans la relation de soin. Puis, nous constaterons que le défaut d’expression de ces patients, incapables de s’exprimer en français et isolés par l’absence d’interprète, alimente le processus d’altérisation, de racialisation, mis en œuvre par certains soignants, notamment à l’encontre des patients présumés roms. Enfin, nous étudierons les dérives et les dangers de cette « médecine vétérinaire » qui repose uniquement sur

⁶⁴⁶ Laure Martin, « Patients non-francophones: une prise en charge complexe », *Actu Soins Magazine*, 17 novembre 2011, p. <http://www.actusoins.com/9827/patients-non-francophones-une-prise-en-charge-complexe.html> (consulté le 04/02/2015).

des résultats cliniques et pour laquelle la parole du patient n'a plus d'importance. La mise en œuvre d'un soin global, entendu comme la poursuite du « *bien-être physique, mental et social* »⁶⁴⁷ du patient, disparaît alors en même temps que la négation du besoin d'expression du patient⁶⁴⁸.

5.1.2.1. La « débrouille » quotidienne

L'observation conduite dans les services permet d'affirmer que dans l'immense majorité des cas, la relation de soin se déroule sans qu'aucun interprète ne soit présent, ni professionnel, ni soignant, ni familial. En l'absence d'interprètes, les professionnels hospitaliers poursuivent malgré tout leur mission de soin. Ils disent « s'adapter » et inventer des solutions pour franchir la « barrière linguistique ». Les bricolages auxquels ils s'adonnent sont, de loin, les solutions les mieux partagées : nous en avons été fréquemment témoin de la part de toutes les catégories de professionnels et dans tous les établissements et services enquêtés.

La méthode profane la plus répandue dans les propos des professionnels que nous avons rencontrés et la plus souvent observée *in situ* est sans conteste le « mime ». A quelques très rares exceptions, tous les professionnels interrogés déclarent utiliser fréquemment cette méthode de communication avec les patients ne parlant pas français. Ils sont même nombreux à en tirer une forme de fierté. Déjà en 2007, Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché rapportaient que, d'après la majorité de leurs enquêtés, « *avec les patientes africaines "on peut se faire comprendre avec des gestes et des mimes"* »⁶⁴⁹.

« Contre la barrière de la langue ? Ben des mimes, t'as, je fonctionne beaucoup par mimes, en fait. » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Ce qui est difficile aussi c'est quand y'a une barrière de la langue, ce qui se produit à peu près tous les jours, et auquel cas faut essayer de faire de la médecine avec les signes et tout. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁶⁴⁷ « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁶⁴⁸ M. Tabouri, sous-directeur d'ISM Interprétariat, fait pourtant remarquer que « *la langue maternelle permet d'exprimer le sentiment d'angoisse qui nous étreint, le doute qui nous assaille. C'est à ce moment précis où une personne se confronte à un diagnostic grave que le besoin d'un interprète se fait sentir avec acuité.* » Eric Favereau, *Interprète à l'hôpital, pour dire les maux*, http://www.liberation.fr/societe/2010/05/25/interprete-a-l-hopital-pour-dire-les-maux_654135, consulté le 2 avril 2015.

⁶⁴⁹ Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *op. cit.*, p. 96.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Plusieurs enquêtés estiment que certains gestes ou mots seraient « internationaux » ou connus « dans toutes les langues », ce qui leur permettrait de transmettre facilement les informations essentielles et de donner des directives simples aux patients ne parlant pas français. L'observation de ces scènes de « mime » rappelle les propos de Frantz Fanon relatifs à la façon infantilisante et stigmatisante dont les Blancs s'adresseraient selon lui aux Noirs ou aux Arabes : *« un Blanc s'adressant à un nègre se comporte exactement comme un adulte avec un gamin, et l'on s'en va minaudant, susurrant, gentillonnant, calinotant. Ce n'est pas un Blanc que nous avons observé, mais des centaines (...). Les médecins des salles de consultation le savent. Vingt malades européens se succèdent ; "Asseyez-vous, monsieur... Pourquoi venez-vous ?... De quoi souffrez-vous ?..." – Arrive un nègre ou un Arabe : "Assieds-toi, mon brave... Qu'est-ce que tu as ?... Où as-tu mal ?" – Quand ce n'est pas "Quoi toi y en a ?..." »*⁶⁵⁰ Les propos des enquêtés sur les « phrases courtes » – type « pipi, là » – ou les « gestes » qui montrent le calendrier pour déterminer la date des dernières règles relèvent indéniablement de la même dynamique infériorisante⁶⁵¹, pourtant désignée comme une « adaptation » « intéressante », voire une « solution », par les intéressés.

« Moi, j'y vais vraiment au feeling en fait, c'est... Je sais pas, je sais pas, je sais pas comment t'expliquer, si c'est quelqu'un qui comprend pas bien ce que je lui dis, je vais être obligée de m'adapter à lui, va falloir que je, une Chinoise ou une Rom qui comprend pas un mot de français, il va bien falloir que je lui explique que il faut pas qu'il ait de relations sexuelles, il faut pas de ceci, pas de cela, donc après, c'est les gestes et faut faire des phrases super courtes quoi, tu vois ce que je veux dire ? C'est, t'as pas le choix (...). La plupart des temps, ouais, ça marche, ouais, avec les gestes y'a des trucs qui sont internationaux finalement, dans le geste boire (*mime*), manger (*mime*) voilà quoi, mais c'est vrai que c'est pas évident, mais c'est intéressant, ouais. » Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Des gestes, des gestes, souvent on arrive à... Je vais dans les toilettes, je montre pipi et puis je fais des gestes, tant que je peux, pipi, caca, dans toutes les langues on connaît, ça c'est pas un problème et après avec des gestes et si faut les accompagner, on va les accompagner, ou bien la collègue, "pipi, là", on arrive, les règles, on montre un calendrier,

⁶⁵⁰ Frantz Fanon, *Peau noire, masques blancs*, op. cit., p. 24.

⁶⁵¹ Non que ce mode de communication infériorisant ne soit utilisé qu'avec des patients ne parlant pas ou mal français : l'« adaptation du niveau de vocabulaire » requis de la part des soignants fait lui aussi parfois l'objet d'interprétations stigmatisantes. « Je crois que ils [les patients] ne sont pas très au courant [de ce qui se passe dans un hôpital] et que on leur explique souvent très mal. Il faut se mettre un peu à la portée des gens à qui on parle. Il faut utiliser un vocabulaire que les gens en face comprennent, donc ce n'est pas la peine de leur parler de grands termes médicaux, qu'ils ne comprennent pas. Quand on veut faire passer un message, faut se mettre à la portée des gens à qui on parle. On parle pas à un enfant de quatre ans comme on parle à un adulte qui a fait Polytechnique, je veux dire. On adapte son langage à la personne qu'on a en face de soi. Sinon c'est sûr que la communication ça ne passe pas. » Dominique Trzepizur, 48 ans, cadre infirmier, service de réanimation, Hôpital public G.

"sang ?", on arrive, on arrive, on trouve des solutions. » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Lorsqu'un doute subsiste lors de l'utilisation de cette méthode de communication approximative, les professionnels d'une même équipe disent croiser les informations qu'ils pensent avoir collectées chacun de leur côté afin de déterminer le probable problème de santé du patient. Les symptômes, les antécédents, les allergies feraient alors l'objet d'une énigme que tous les personnels du service seraient invités à résoudre collectivement.

« La langue, enfin la barrière de la langue fait que c'est un peu compliqué parfois. Ils [les Roms] ont un français un peu approximatif, donc parfois c'est un peu compliqué de leur faire dire ce qu'ils ont. (...) Quand il y a un problème de langue : pour ceux qui parlent anglais, tout se passe bien, je parle anglais ; ceux qui parlent pas anglais ben on essaye de "mal là, mal ici ?" (*mime*), voilà, on en revient à ça. (...) A priori [ça marche]. Moi, je comprends ça, [l'hôtesse d'accueil], elle a compris ça, le médecin lui a compris ça et puis, on fait un recoupement et puis on arrive à... Ça se passe plutôt bien, moi j'ai pas de [problème], j'ai pas trop de... » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

Alors que nous participons aux consultations IAO au côté de Lucie Tandraya, infirmière aux urgences de l'Hôpital public G, elle reçoit une patiente qu'elle identifie comme appartenant aux Gens du voyage. Cette dernière se présente dans le box avec un jeune homme qui doit servir d'interprète, mais sa maîtrise de la langue ne lui permet finalement ni de comprendre ce que dit l'infirmière, ni de traduire les propos de la patiente. Lucie choisit alors de faire des gestes pour s'exprimer, elle mime la tête qui tourne pour désigner les vertiges, et utilise des mots simples pour interroger la patiente : « pipi, ça va ou ça brûle ? ». La patiente montre à plusieurs reprises le haut de sa tête, sa nuque et le haut de son dos, mais lorsque l'infirmière tente de lui faire évaluer la douleur ressentie, la patiente reste déconcertée devant la réglette en papier⁶⁵² que lui présente Lucie. Elle conclut de ce qu'elle comprend de la plainte de la patiente que « c'est un petit peu fourre-tout »⁶⁵³. Finalement, une fois le dossier rempli, elle cherche durant plusieurs minutes à savoir si la patiente préfère être allongée sur un brancard ou bien retourner s'asseoir dans la salle d'attente en attendant de voir un médecin. Mais elle ne parvient pas à

⁶⁵² L'échelle visuelle analogique ou EVA est une réglette qui permet au patient d'auto-évaluer sa douleur ressentie au moyen d'un curseur. D'un côté de la réglette, est dessinée une pyramide sur laquelle le patient déplace le curseur de l'extrémité « pas de douleur » à l'extrémité « douleur insupportable ». Au verso de la réglette, le soignant lit la douleur ressentie par le patient à l'aide d'une graduation en millimètres.

⁶⁵³ A propos de l'imprécision des motifs de recours reprochée aux patients présumés roms, voir également Chapitre 2, pp.132-142.

se faire comprendre et finit par renvoyer d'autorité la patiente dans la salle d'attente de l'entrée. Une fois la patiente sortie du box, Lucie explique à notre intention : « quand y'a la barrière de la langue, y'a le physique qui parle, je pense que je l'aurais vu si elle souffrait beaucoup »⁶⁵⁴. Elle fonde manifestement cette affirmation sur les données physiologiques qu'elle a recueillies lors du recueil des constantes de la patiente.

Sylvie, aide-soignante aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L, explique elle aussi que la communication « par gestes » ne permettrait pas toujours de remplir le dossier de la patiente de façon exhaustive, mais les examens complémentaires réalisés ultérieurement combleraient ces manques en fournissant les données techniques, les informations nécessaires.

« On essaye déjà, on leur montre, par gestes, par gestes déjà, si elles [les patientes roms] sont enceintes, de combien elles sont enceintes, on prend un calendrier, on essaye d'expliquer, si quelqu'un connaît un petit peu quelques mots, à peu près les règles, le sang, alors bon on essaye de calculer... Et puis bon, de toutes façons, après l'interne fait une écho[graphie] donc on voit, là ils voyent à peu près la grossesse de combien qu'elle est, mais c'est vrai que c'est quand même dur souvent. D'ailleurs, on marque rien dans le dossier et puis on marque juste les constantes. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Cette communication gestuelle, dessinée⁶⁵⁵, ânonnée constitue clairement un abandon des règles de bienséance habituelles. Le patient qui en est le destinataire est traité de façon primitive, presque animale. Et finalement, cette communication mimée, bricolée se révèle rarement performante ou, en tout cas, jamais suffisante. D'ailleurs, les enquêtés disent tous *in fine* se reposer sur les résultats des examens cliniques et complémentaires illustrant ainsi de quelle façon la technique suffit, à leurs yeux, à remplir la mission de soin, le *cure*. Le relationnel, le *care*, ne serait alors qu'une valeur ajoutée de la relation de soin, dont ils accepteraient que les usagers ne maîtrisant pas la langue française ne bénéficient pas. Cette prise en

⁶⁵⁴ Carnet n°2, service des urgences, Hôpital public G, 29/01/2010.

⁶⁵⁵ Parmi les « adaptations » énumérées, les dessins sont en bonne place dans les propos des enquêtés mais nous n'en n'avons été le témoin direct qu'à une seule occasion : lors d'une consultation médicale conduite par Myriam, interne de médecine générale, aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L. Pour elle, comme pour Ania, aide-soignante dans le même service, dessiner un schéma « ne marche pas forcément » mais demeure malgré tout une ressource routinière :

« Je trouve ça tellement dangereux en fait de faire consultation, enfin vraiment quand tu as des explications à leur donner, elles [les patientes roms] comprennent pas et tu sais qu'elles comprennent pas et t'as pas de solution quoi. Tu sais pas comment faire, alors t'essayes, quand tu as le temps, t'essayes, tu fais des schémas, des machins et tout, mais ça marche pas forcément, enfin, c'est pas confortable quoi. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Moi, je communique comme ça avec les gens, je prends un crayon, un papier, je fais des dessins souvent. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

charge *a minima* révèle les processus d'altérisation et de racialisation alors à l'œuvre, faisant voler en éclat les principes d'égalité de traitement et de « soin global ».

5.1.2.2. La barrière de la langue, source d'a priori négatifs

Dans un article consacré aux « catégorisations ethno-raciales au guichet », Mireille Eberhard note que « *les techniciens [de la CAF étudiée] se comportent comme si les capacités de leurs interlocuteurs [des « allocataire[s] potentiellement stigmatisable[s] du fait de [leur] appartenance ethnique « réelle ou supposée] étaient amoindries, comme s'ils avaient en face d'eux de grands enfants qu'il faut prendre en charge, car catégorisés comme ne pouvant le faire de façon autonome. La condescendance que reflètent tant le ton utilisé que la démarche, s'apparente alors à du paternalisme, c'est-à-dire à une bienveillance infériorisante.* »⁶⁵⁶ Si les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés s'adressent effectivement aux patients (présumés roms) ne parlant pas français de façon souvent infantilissante, la condescendance alors exprimée est rarement bienveillante. Plusieurs enquêtés assument même ouvertement l'agacement qu'ils ressentent lors de la prise en charge de ces patients. Ils disent devoir fournir un effort supplémentaire pour franchir la « barrière de la langue » et ne pas toujours avoir la patience nécessaire. Finalement, ils reportent la faute de ces difficultés sur le patient.

« Dès qu'elles [les patientes] parlent pas français, elles sont moins bien accueillies que les autres. Et j'avoue que moi aussi, ça m'arrive de le faire ça, parce que y'a des jours où j'ai pas la patience pour une consultation où je vais rien comprendre, où j'ai envie que ça soit une consultation facile, les moments où je suis de mauvaise humeur et que j'ai envie d'une consultation facile. La nana, si elle vient et qu'elle sait rien et qu'elle sait pas parler un mot de français ou un demi-mot genre, ben oui, j'avoue je vais pas être hyper agréable avec elle parce que, parce que ça va être difficile pour moi et que j'ai pas la patience et que, et que ça va me fatiguer quoi. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Les différentes catégories de professionnels déduisent immédiatement de la façon hésitante de parler d'un patient, ou de son accent, les difficultés qu'ils vont rencontrer dans sa prise en charge : les médecins redoutent l'influence des antécédents médicaux du patient – dont ils ne peuvent alors prendre connaissance

⁶⁵⁶ Mireille Eberhard, « Catégorisations ethno-raciales au guichet », *Les cahiers du CERIEM*, Déc 2001, n° 8, p. 47.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

directement – sur la pathologie pour laquelle il consulte ; les infirmiers d'accueil et d'orientation anticipent leur incapacité à évaluer correctement l'état de santé du patient et, par conséquent, de potentiellement le renvoyer en salle d'attente alors que son cas nécessiterait une prise en charge immédiate ; les agents d'accueil associent automatiquement difficultés linguistiques et défaut de papiers d'identité. Tous craignent de « perdre trop de temps » lors de ces prises en charge.

Nina : Automatiquement quand une personne [rom] – c'est inconscient mais c'est pas bien, du tout – mais inconsciemment dès qu'on voit quelqu'un "bonjour Madame, je viens..." (*prononcé en roulant les R*) (*rires*), tu comprends ? Tu vas lui dire "oui Madame, vous voulez quoi ?" (*sur un ton sec*), tout de suite t'es vénère. Tu sais que la personne en face de toi elle va te dire, déjà elle a pas de papiers, elle parle pas français...

Ruben : Déjà tu vas perdre quarante-cinq minutes à parler avec elle.

Nina : Voilà, ça te saoule, tu vois, tu te dis "aaah", tu vois ? C'est méchant mais c'est inconscient.

Daniel : Le problème, le premier problème, c'est le problème de la langue en fin de compte.

Ruben : Et c'est le temps.

Nina : Le temps que tu vas mettre avec cette personne-là en fait. Tu sais qu'elle va te retarder.

Ruben : Tu dis "Monsieur, écrivez votre nom", il va t'écrire le prénom à la place du nom, tu dis "non, mais je ne vous trouve pas [dans le logiciel informatique], oh la la !"

Nina : "Vous êtes déjà venu ici ? ", "je ne sais pas", des trucs comme ça, ou "je crois que je suis venu", donc on cherche mais on trouve pas, la date de naissance c'est pas correct, parce que en fait les Roumains, dans leur date de naissance, c'est inversé en fait dans les codes et tout (*soupir excédé*).

Nina, ~30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P ; Ruben, ~30 ans, aide-soignant, service d'urgences, Hôpital public P ; Daniel, ~50 ans, aide-soignant, service d'urgences, Hôpital public P.

Les enquêtés admettent ainsi que les patients présumés roms parlant peu ou pas français sont moins bien accueillis que les patients n'ayant pas ces difficultés linguistiques. Charlotte, élève-infirmière aux urgences de l'Hôpital L, est une des rares enquêtés à ne pas chercher à excuser l'« antipathie » de certains soignants envers les patients ne maîtrisant pas la langue française. Elle explique sa sensibilité sur cette question par ses origines « pas tellement bien françaises ». En réalité, Charlotte est née en région parisienne, ses parents sont d'origine antillaise, ils ne sont donc pas étrangers et parlent très certainement français (sa mère travaille comme aide-soignante dans un hôpital francilien). Cette réflexion nous conduit donc à supposer que Charlotte compare une discrimination au motif de la couleur de peau ou des origines présumées (qu'elle a pu avoir connue ou dont elle a pu être témoin, même si elle n'en fait pas état lors de l'entretien) et une discrimination fondée sur les capacités linguistiques. Ce faisant, elle dévoile le

processus de racialisation à l'œuvre dans les commentaires stigmatisants de ses collègues envers les patients ne parlant pas français.

« Là, tu me poses la question pour les Roms mais c'est pareil pour les personnes étrangères d'autres origines, [y'a certains soignants] qui ont une antipathie envers les gens qui ne parlent pas français. Moi j'ai déjà entendu des gens dire "putain, encore quelqu'un qui parle pas français, encore un étranger". C'est quoi ça ? Y'a des gens encore qui font ce genre de commentaires ? Je sais pas si c'est parce que moi je suis pas totalement euh, totalement bien française vu que j'ai des origines ou quoi, mais comment on peut sortir encore à notre époque un tel commentaire quoi ? "Encore quelqu'un qui parle pas français", bah oui mais bon, enfin bref, donc ouais y'a ça, ça se passe pas toujours bien pour ça, la langue. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

D'ailleurs, les propos des enquêtés sur l'incapacité des patients identifiés comme roms à parler français mobilisent certains des cadres de représentation des « Roms » énumérés dans la première partie de cette thèse : imposture, agressivité, irrespect. Océane, auxiliaire de puériculture dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L, soupçonne une patiente qu'elle présume rom de faire semblant de ne pas maîtriser la langue française – sans jamais envisager la possibilité que cette dernière comprenne les propos de la soignante mais ne se sente pas capable d'y répondre en français – illustrant dans la pratique les effets des représentations des « Roms » fondées sur leur imposture et leur irrespect présumés..

« J'avais une patiente [rom] et je posais des questions en fait à son ami, et c'est elle qui au final répondait dans sa langue à son ami, mais elle répondait en fait à ma question, donc au final j'étais là "écoutez Madame, je crois qu'on va s'arrêter là, vous allez pouvoir me parler en français puisqu'au final vous répondez, même si vous répondez dans votre langue, vous comprenez très, très bien ce que je suis en train de dire". Donc, c'est vrai que c'est embêtant, elle nous cherche, elle nous provoque aussi parfois et elle provoque jusqu'à l'autorité. En fait, t'es obligée, y'a un moment, t'es obligée de faire preuve d'autorité parce que ben sinon, toi non plus t'avances pas dans ton travail donc en gros à quoi ça sert d'être là ? Je veux dire concrètement, si c'est juste pour faire, tu peux pas faire que en fonction, tu peux pas faire plaisir aux patients, le piquer ça lui fait pas plaisir, il est évident mais ça fait partie du soin pour pouvoir le soulager quoi, donc ça c'est vrai que c'est super dur. » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Clotilde, agent d'accueil aux urgences de l'Hôpital public G, souligne quant à elle, l'agressivité qu'elle perçoit chez les usagers roms qui s'« énerveraient » de son incompréhension face à leur faible maîtrise de la langue française.

« Le relationnel, déjà, on peut pas avec eux [les Roms], parce qu'ils parlent pas spécialement le français, ils viennent tous. Ils essaient de te faire comprendre et quand tu comprends pas, c'est toi qui les énerves. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

L'association de ces cadres de représentations des « Roms » avec leur manque de maîtrise de la langue française est significative du processus d'altérisation en cours. Pour Frantz Fanon, le défaut de maîtrise de la langue du dominant renforce, aux yeux de ce dernier, l'altérité du dominé : « *le Noir antillais sera d'autant plus blanc, c'est-à-dire se rapprochera d'autant plus du véritable homme, qu'il aura fait sien la langue française. Nous n'ignorons pas que c'est là une des attitudes de l'homme en face de l'Être. Un homme qui possède le langage possède par contre-coup le monde exprimé et impliqué par ce langage. (...) Le colonisé se sera d'autant plus échappé de sa brousse qu'il aura fait siennes les valeurs culturelles de la métropole. Il sera d'autant plus blanc qu'il aura rejeté sa noirceur, sa brousse.* »⁶⁵⁷ L'auteur met ainsi en lumière le fait que les compétences linguistiques présumées du dominé altérisé (« l'Être ») peuvent avoir une signification étendue aux yeux du dominant. La maîtrise de la langue constituerait ainsi, pour les Blancs, un indice du degré d'intégration de la culture métropolitaine par le « Noir antillais », ou autrement dit de son degré de « civilisation ». Quelques professionnels interrogés suivent un raisonnement approchant au sujet des patients qu'ils identifient comme roms. Le docteur Mallem, médecin aux urgences de l'Hôpital public L, identifie par exemple deux difficultés en matière de « barrière linguistique » avec les patients présumés roms : aux difficultés classiques en lien avec la détermination du motif de recours, s'ajouterait selon lui un problème de « codes sociaux » distincts. Il considère que, même en présence d'un interprète, il serait difficile de comprendre ces patients du fait de leur culture spécifique, ce qui n'est pas sans rappeler la « *fascination [de l'ethnopsychiatrie selon Tobie Nathan] pour la différence réifiée dans la nature* » dénoncée par Didier Fassin⁶⁵⁸.

« Stricto sensu, oui, [les Roms sont des usagers comme les autres], et dans les faits, non. Non, pour une raison simple, pour plusieurs raisons : un, les motifs de recours sont jamais tout à fait clairs, on arrive pas très bien à savoir quelle est la raison pour laquelle la personne vient effectivement (...) à cause de la langue, des concepts qu'on avait, le fait que les notions d'antécédents et tout ça sont difficiles, l'anamnèse est toujours difficile à reconstruire, première difficulté. Deuxième difficulté, les codes sociaux ne sont pas les mêmes. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁶⁵⁷ Frantz Fanon, *Peau noire, masques blancs*, op. cit., p. 14.

⁶⁵⁸ Didier Fassin considère en effet que « *le cœur de l'argumentaire [de T. Nathan], c'est un différentialisme radical qui fait de l'appartenance originelle, le plus souvent énoncée en termes ethniques, une dimension irréductible et immuable de la personne.* » Didier Fassin, « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, 1999, vol. 35, n° 1, p. 151.

« J'ai pas l'impression que, derrière les mots traduits, y'ait les mêmes concepts, c'est ça la grande difficulté. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Le décalage conceptuel repéré par le docteur Mallem chez les patients qu'il identifie comme roms s'apparent à une « interprétation sauvage » au sens de Yannick Jaffré, c'est-à-dire à une « *interprétation qui ne résulte pas de la cohérence des données mais de l'arbitraire de l'interprète* »⁶⁵⁹. Cette interprétation culturaliste des difficultés de compréhension des propos de patients présumés roms souligne le processus d'altérisation et de racialisation à l'œuvre⁶⁶⁰. Les patients sont alors réduits au silence dans le cadre d'une médecine techniciste niant les aspects humains de sa pratique.

5.1.2.3. La « médecine vétérinaire »

Le défaut de recours à un interprète, la mobilisation de méthodes de communication infantilisantes engendrent et renforcent le processus d'altérisation des usagers identifiés comme roms incapables de s'exprimer en français. La pratique soignante alors mise en œuvre dans ce contexte de très forte asymétrie soignant-soigné est couramment désignée par les professionnels hospitaliers de tous les établissements enquêtés par l'expression « médecine vétérinaire »⁶⁶¹. Cette expression ironique et dévalorisante – pour le patient comme pour le praticien – décrit la relation de soin qui s'établit concrètement entre un malade réduit à un

⁶⁵⁹ Yannick Jaffré, « L'interprétation sauvage », *Enquête*, 1 novembre 1996, n° 3, p. 178.

⁶⁶⁰ Il décrit les mêmes difficultés avec les patients qu'il identifie comme haïtiens : « Même chose avec les Haïtiens, mais les Haïtiens c'est le bout du monde. Alors là, l'Haïtien c'est effrayant (...). Un, les Haïtiens ont des expressions médicales qui leur sont tout à fait propres, d'accord ? Deux, les mots ne recouvrent pas du tout les mêmes réalités, les liens de causalité entre un symptôme et sa raison ne sont pas du tout les mêmes que les nôtres, le côté spirituel de la question fait qu'on est à mille lieues. Le dernier en date c'est y'a quelques années, une grand-mère haïtienne, en France depuis des années, ne parlant pas français, ne parlant que créole, est accompagnée par sa petite fille en terminale en France, née en France. [Elle] me l'amène pour traduire et on a absolument pas réussi à faire comprendre à cette petite fille et à sa grand-mère donc qu'il fallait qu'elle reste à l'hôpital parce qu'elle faisait un infarctus du myocarde. Ben ça n'a pas marché. (...) Elle est repartie, donc on lui a donné un traitement médical, d'accord ? Pour ce type de problème, mais elle n'est pas restée, parce que elle ne voyait pas le lien de causalité, enfin le lien qu'il y avait entre ses artères et son cœur. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁶⁶¹ « L'asymétrie de la relation malade médecin dans laquelle un des partenaires, le médecin, possède l'avantage stratégique puisque ses fonctions lui donnent la possibilité matérielle et le droit légal de manipuler physiquement et moralement le malade au nom d'un savoir que le malade ignore, croît quand croît la distance sociale entre le médecin et le malade et que décroît corrélativement la force de la stratégie que le malade peut opposer au "discours fort" du médecin, seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale. Il s'ensuit que l'information médicale qui se transmet au cours de la consultation médicale est d'autant moins importante (quantitativement et qualitativement) que le malade est situé plus bas dans la hiérarchie sociale, c'est à dire que son aptitude à comprendre et à manier la langue savante qu'utilise le médecin et, par conséquent, ses moyens de pression sur le médecin sont plus faibles : se sentant dispensé de rendre compte au malade de ses faits et gestes, le médecin tend à transformer la relation thérapeutique en une simple imposition d'autorité et à s'abstenir de livrer ou même à tenir cachées les raisons de ses questions, de ses actions et de ses prescriptions. » Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1971, vol. 26, n° 1, p. 214.

corps souffrant et un professionnel de santé faisant reposer sa pratique uniquement sur des résultats cliniques et biologiques. Comme l'indique le docteur di Sotto, explicitant cette expression qui pousse le processus d'altérisation à son maximum, les patients ne parlant pas français sont alors déshumanisés, au point d'être comparés à des animaux.

« [Certains soignants parlent de médecine vétérinaire] parce que [c'est] un peu comme voir des animaux, ils [les patients qui ne parlent pas français] n'ont pas de réponses. Donc tu cherches, tu cherches de comprendre, voilà. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

Le sous-directeur d'ISM Interprétariat s'interroge : « *comment le médecin peut-il se satisfaire d'un hochement de tête poli de la part d'un patient étranger ? Le médecin n'est pas un vétérinaire* »⁶⁶². Et en effet, la plupart des professionnels interrogés à ce sujet disent ne pas s'en satisfaire, voire désapprouver cette « médecine vétérinaire ».

« Moi, je ne supporte pas ce qu'on appelle la "médecine vétérinaire" qu'on peut faire un peu ici avec des gens qui parlent très mal français. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Pourtant, l'observation dans les services, comme les témoignages recueillis auprès des professionnels hospitaliers, mettent en évidence la récurrence de ces situations médicales au cours desquelles les patients sont réduits au silence.

Un jeune couple que les soignantes identifient comme « roumain » se présente à l'accueil des urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L. Dans un français très approximatif, le jeune homme explique que sa femme ne parle ni ne comprend le français. Elle a dix-huit ans, est enceinte de cinq mois et vient pour des douleurs abdominales. Il ajoute qu'ils vivent en France depuis deux mois, ne bénéficient ni de l'AME, ni de la CMU, sont sans domicile fixe et sans numéro de téléphone. Après avoir pris les constantes de la jeune femme, l'aide-soignante leur fait signe de s'installer dans la salle d'attente en attendant de voir un médecin. Près d'une heure plus tard, Myriam, l'interne de médecine générale en stage dans le service, reçoit la patiente en consultation (en notre présence). Elle refuse que le jeune homme assiste à la consultation au motif que son niveau de français ne lui permet pas de remplir le rôle d'interprète et que l'examen clinique de la patiente

⁶⁶² Eric Favereau, « Interprète à l'hôpital, pour dire les maux », *op. cit.* Voir également la vidéo présentée sur la page d'accueil du site d'ISM Interprétariat qui associe les « consultations médicales sans interprète, ce que certains appellent la médecine vétérinaire » à de la « mauvaise médecine ». « ISM Interprétariat », *op. cit.*
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

implique intimité et confidentialité. Myriam remplit le dossier médical informatisé de la patiente en déclinant à voix haute les différents items (résultats d'examens, motif des précédentes venues dans le service, etc.) sans que la patiente ne réagisse ; elle reste silencieuse et regarde le sol. Puis, Myriam se lève et dit à la patiente « on va regarder tout ça ». La patiente se lève également mais reste immobile, elle semble mal à l'aise. Myriam lui montre la table d'examen et lui fait des gestes l'invitant à se déshabiller. La patiente rougit et se déshabille très lentement. Myriam répète plusieurs fois, alors que la patiente refuse d'enlever ses sous-vêtements, « comme la dernière fois, on ne peut pas faire autrement, il faut que je regarde ». Allongée sur la table d'examen, la patiente se cache le visage entre les mains. Myriam fait l'échographie et lui montre le cœur du bébé. La patiente se détend et demande « bébé, fille ? Garçon ? » Mais Myriam, faute d'expérience, ne sait pas déterminer le sexe de l'enfant, la patiente n'obtiendra donc pas de réponse à cette question. Myriam rassure la patiente sur le bon déroulement de sa grossesse et la vitalité de l'enfant – sans que la patiente ne donne de preuve de sa compréhension – puis elle lui prescrit un traitement par ovules pour l'infection vaginale dont elle souffre. Après son départ, Myriam explique qu'elle avait déjà reçu cette patiente deux mois auparavant pour la même infection et qu'elle lui avait déjà prescrit ce traitement. Elle dit craindre que la patiente n'ait pas pris son traitement correctement la première fois, ce qui expliquerait cette rechute. Selon elle, il est très difficile d'expliquer le mode d'administration d'un traitement par ovules lorsqu'il y a, comme dans ce cas précis, des « problèmes de langue ». De fait, en tendant l'ordonnance à la patiente, sa seule instruction a été « comme la dernière fois »⁶⁶³. D'après l'interne, l'infection dont souffre la patiente est très inconfortable, mais elle n'est pas dangereuse. Le risque encouru par la patiente, dans le cas où elle ne prendrait pas correctement le traitement prescrit, ne l'inquiète donc pas outre mesure : seul le confort de la patiente est mis en péril par un défaut d'observance. Les témoignages relatifs à des situations similaires au cours desquelles le confort, le bien-être d'un(e) patient(e) présumé(e) rom ne font l'objet d'aucune considération de la part des soignants sont nombreux. Incapable de verbaliser une plainte, ces patients ne

⁶⁶³ Carnet n°8, service de gynéco-obstétrique, Hôpital public L, 05/07/2012.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

maîtrisant pas la langue française sont parfois maltraités⁶⁶⁴ par les professionnels hospitaliers. Ainsi, Charlotte, élève-infirmière en stage aux urgences de l'Hôpital public L, raconte comment une patiente qu'elle décrit comme « roumaine » a été « contentionnée » – c'est-à-dire attachée à son lit – pendant plusieurs heures, au motif qu'elle était agitée, avant que les professionnels du service ne se rendent compte que c'était précisément le fait d'être attachée qui l'angoissait et l'effrayait. Faute de pouvoir s'exprimer autrement qu'en criant, la patiente a été considérée comme « perturbée ».

« On a eu le cas en fin de semaine dernière à l'UHU, où y'a une patiente, en plus, je crois que c'était une patiente roumaine, oui, c'est ça, roumaine, qui, elle était, au début, super agitée et elle criait, elle criait mais dans tout l'UHU ! On n'entendait plus personne, c'était super euh... On fait le tour avec les infirmières, on arrive à cette patiente, on se fait "écoute, on va la détacher", au début, on la détache parce que la perfusion elle passait pas, on la détache, on la détache on voit qu'elle est super calme en fait, on fait "bon bah, on va pas la rattacher, elle est super calme, on essaye comme ça", on laisse les contentions à côté au cas où elle s'arrache la perfusion quoi tout ça, et donc la patiente elle était un amour, un amour. C'est juste que, au début, à mon avis, quand elle est arrivée, elle devait être agitée, je sais plus ce qu'elle avait mais elle devait être agitée parce qu'elle avait mal ou parce que quoi que ce soit, donc ils l'ont contentionnée parce qu'elle devait arracher [sa perfusion], elle devait être perturbée, une fois que ça s'était tassé avec le traitement et qu'elle s'est rendue compte de où elle était, elle s'est calmée. Le problème c'est que, elle s'est calmée, mais elle s'est agitée parce qu'elle a vu qu'elle pouvait pas bouger donc les gens [les soignants] ce qu'ils se sont dit c'est "on va la laisser attachée, elle bouge trop", or quand on l'a détachée, elle a plus rien dit de toute la journée quoi, rien à dire, elle était clean et tout. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

Dans certaines situations, l'absence de communication entre soignant et soigné n'est pas seulement une source d'inconfort pour le patient mais peut constituer un risque pour sa santé, comme dans le cas des patientes souffrant de grossesse extra-utérine. Une grossesse extra-utérine (GEU) est provoquée par l'implantation et le développement de l'œuf en dehors de l'utérus. Il s'agit d'une situation grave et urgente qui peut mettre en danger la vie de la femme : la croissance de l'œuf risque de provoquer une hémorragie interne parfois sévère. Il existe deux traitements possibles : un traitement par injection(s) lorsque la grossesse extra-utérine est dépistée précocement, ou une intervention chirurgicale en cas de grossesse plus avancée ou d'hémorragie interne. Les patientes traitées par injection doivent se

⁶⁶⁴ Nous entendons ici la maltraitance au sens qu'en propose Hilary Brown dans son rapport relatif à la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus : « *tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable.* » définition souvent reprise depuis, notamment en France. Hilary Brown, *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*, Conseil de l'Europe, 2002. PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

représenter aux urgences dans les jours qui suivent afin de vérifier que le traitement a été efficace (et dans le cas contraire, subir une deuxième injection ou une intervention chirurgicale). Le suivi de ces patientes est par conséquent crucial. Lors de notre présence aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L, nous avons observé les internes du service contacter, tous les jours, chaque patiente suivie pour GEU par téléphone afin de lui rappeler de venir faire contrôler son taux d'HCG dans le service jusqu'à confirmation de l'efficacité du traitement.

« Moi, je le dis "vous risquez de mourir et tout", je le dis ça. Quand il y a des risques de grossesse extra-utérine, on parle de tous les risques, on explique tout. Après, on en revient à la même chose : t'as les patientes qui, pour des raisons de barrière de langue, ou pour des raisons de compréhension, tu vois bien qu'elles ont pas capté quoi, mais y'en a qui comprennent très bien. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Myriam souligne ici le fait que certaines patientes, du fait de leurs difficultés linguistiques, sont susceptibles de ne pas suivre correctement le protocole de suivi des GEU, ce qui peut entraîner de graves complications hémorragiques. L'absence de communication verbale peut ainsi constituer un risque pour la santé des patients ne parlant pas français.

De la même façon, le docteur Moreau relate une expérience « traumatisante » avec un patient « justement polonais » qui l'a convaincue de l'importance de recourir systématiquement aux services d'un interprète. Incapable de s'exprimer en français, le patient se présente à l'accueil des urgences et désigne à l'agent d'accueil, puis à l'infirmier d'accueil et d'orientation le haut de son ventre. Une douleur abdominale ne nécessite pas la réalisation d'un électrocardiogramme, son cas est alors classé comme non prioritaire. Lorsqu'elle le reçoit en consultation quatre heures plus tard, le docteur Moreau contacte un interprète par téléphone et découvre qu'en réalité le patient fait un infarctus.

« Moi, j'ai déjà eu un patient justement polonais qui venait parce qu'il avait mal ici (*montre le haut du ventre*) ; à l'accueil "oui, aïe, aïe, machin", tu vois le langage des signes, "ok, très bien, c'est pas urgent". Il a attendu quatre heures, j'appelle l'interprète, je le vois en box, je lui passe le téléphone, en fait non, il avait mal à la poitrine depuis la veille, il faisait un infarctus depuis la veille. Et comme il a été mal aiguillé, il n'avait pas eu d'électrocardiogramme à l'arrivée. Moi, j'ai tout de suite fait son électro[cardiogramme], il était en train de faire un infarctus, le monsieur, et sans l'appel de l'interprète, tu vois, il aurait continué à peut-être faire ça ou faire ça (*des gestes*), enfin on aurait peut-être fini par se comprendre mais y'aurait eu un retard plus important encore. Et déjà là, quatre heures de retard sur un infarctus, aux urgences, bon voilà c'est très moyen ! Donc ça, c'est un des premiers patients que j'ai vus donc ça m'a un peu traumatisée. Du coup, maintenant, systématiquement, on a un numéro où y'a toutes les langues machin, on leur passe le

téléphone, on pose les questions, et voilà. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Enfin, les dangers de la « médecine vétérinaire » sont aussi financiers. Certes, le recours à un interprète constitue une dépense supplémentaire immédiate par rapport à une prise en charge classique. Toutefois, sur le long terme, le recours à des méthodes de communication approximatives ne garantit aucunement l'économie de cette dépense. Il peut tout aussi bien entraîner des coûts bien plus importants pour la sécurité sociale. Le témoignage du docteur Leroy illustre le risque financier que constitue potentiellement l'errance médicale des patients parlant peu ou pas français.

« Je me souviens d'un mec, il vient pour céphalée, il a mal à la tête et un petit fébricule, il a eu tous les trucs de la terre hein, il a tout eu, tout eu, il a eu la ponction lombaire, il a eu le scan, il a eu le machin. A l'arrivée, le dernier médecin qui dit "je comprends pas", il lui a ouvert la bouche, il avait une angine le mec ! Eh ben parce que personne n'a... Enfin tu vois, je veux dire c'est le truc con quoi, mais on, c'est ce qu'on dit, on a fait un body scan du mec, pour se dire "ah ! Il a une angine", t'imagines le fric qu'on a coûté à la Sécu, le temps que t'as passé, le temps pour le radiologue, le médecin, celui qui a réexaminé machin, et bien tout ça, c'est une barrière de la langue ! C'est juste parce que personne n'a pris la peine d'interroger le mec, en prenant, parce qu'il dit "mal à la tête, mal à la tête", et que y'avait que ça qu'il savait dire quoi et que je pense quelqu'un aurait pris cinq min[utes], un quart de son temps en disant "ok, on va faire un interprétariat par téléphone", ben il aurait dit "j'arrive pas à avaler" quoi ! » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

D'après nos observations, l'expression « médecine vétérinaire » décrit correctement les conditions effectives dans lesquelles sont généralement pris en charge les patients incapables de s'exprimer en français. En l'absence d'interprète pour établir la communication entre le soignant et le soigné, ce dernier est réduit à sa condition de corps souffrant⁶⁶⁵. Les professionnels se fient alors à leur intuition et aux résultats d'examen pour déterminer la pathologie du patient et le traitement adéquat. Cette « mauvaise médecine »⁶⁶⁶ est source de maltraitance, de dangers pour la santé des patients, elle engage la responsabilité des praticiens hospitaliers et nuit à la rentabilité financière des services hospitaliers sur le long terme.

Tous les professionnels que nous avons rencontrés critiquent la prise en charge de patients dans de telles conditions. Ils s'accordent à dire que ne pas recourir à un interprète lors d'une consultation avec un patient ne parlant pas ou mal français,

⁶⁶⁵ « Le préjugé courant que le migrant ne comprend rien aux explications dispense de lui en donner. Une vision purement mécanique du corps s'impose, occultant la dimension anthropologique de la relation à l'Autre. » David Le Breton, « Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital », in *Traité de bioéthique*, ERES, 2010, p. 111.

⁶⁶⁶ Voir la vidéo présentée sur la page d'accueil du site d'ISM Interprétariat, « ISM Interprétariat », *op. cit.*
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

est éthiquement contestable⁶⁶⁷. « *Seule cette relation de confiance et ce dialogue [établi par le biais d'un interprète] permettent une intervention médicale de qualité tant au niveau préventif que curatif.* »⁶⁶⁸ Comment, dès lors, expliquer la persistance de cette « médecine vétérinaire » ? Dans leur ouvrage *Au tribunal des couples*, le Collectif Onze remarque que les contraintes institutionnelles provoquent la mise en place de routines professionnelles qui accentuent les inégalités entre justiciables. « *La nécessité de "faire vite" ne pèse pas avec la même intensité sur chacun d'entre eux [les professionnels judiciaires], mais la confrontation à des dossiers nombreux et à des délais serrés les amène tous à forger des routines pour analyser les situations familiales et rédiger leurs écrits. Or ces techniques de gestion de la masse n'ont pas des effets uniformes sur tous les publics des affaires familiales. Elles creusent les inégalités sociales entre les justiciables des classes moyennes et supérieures – qui bénéficient de délais plus rapides et peuvent davantage s'entourer de professionnels pour les assister – et ceux des classes populaires, qui font davantage face à la justice sans avocat, et avec des délais plus longs.* »⁶⁶⁹ La même dynamique est observable à l'hôpital. Les exigences institutionnelles relatives aux temps de passage dans les services d'urgences⁶⁷⁰, principal indicateur de qualité des services, incitent les professionnels hospitaliers à une moindre exigence en matière d'adaptation à la diversité des patients, creusant ainsi les inégalités entre les patients capables de s'exprimer et de comprendre le français et les autres. Alors, comme le souligne David le Breton, « *la routine hospitalière (...) inflige une souffrance par défaut de langage, par indifférence, par routine.* »⁶⁷¹

« C'est vrai qu'il y a tellement de diversité que, après tu t'adaptes mais tu, voilà c'est, tu peux pas faire du sur-mesure quoi, c'est, c'est, voilà, c'est comme la couture, c'est pas de la haute couture (*rires*) ! C'est, c'est de la grande distribution en fait, tu vois ? » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

⁶⁶⁷ « Y'a une voie peut-être un peu utopique [pour lutter contre le racisme], qui serait de faire de l'explication, de l'information, pour que les gens prennent conscience que, envoyer balader un africain ou un sri lankais parce qu'il parle pas bien français et qu'on n'a pas le temps de prendre le temps de lui expliquer, c'est, d'un point de vue déontologique et éthique c'est, entre guillemets, "pas bien". Mais de même que, on doit pouvoir l'expliquer pour quelqu'un blanc de blanc qui serait sourd ou muet, et pour lequel on sait qu'on va passer un quart d'heure pour lui expliquer un truc qu'on dirait à quelqu'un d'autre en vingt secondes. » Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

⁶⁶⁸ Aziz Tabouri, « L'interprétariat dans le domaine de la santé », *op. cit.*, p. 105.

⁶⁶⁹ Le Collectif Onze, *Au tribunal des couples*, *op. cit.*, p. 16.

⁶⁷⁰ Nicolas Belorgey, « Pourquoi attend-on aux urgences ? », *op. cit.*

⁶⁷¹ David Le Breton, « Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital », *op. cit.*, p. 111.

Dans de telles conditions d'exercice, des patients « soumis », « dépendants », incapables d'exprimer une plainte ou une remarque, peuvent être perçus par les professionnels hospitaliers comme des « patients faciles » qui nécessiteront moins d'attention et donc moins de temps⁶⁷².

« De façon un petit peu générale, – c'est un peu chiant de faire des généralités – [les patients roms] ils sont beaucoup plus faciles moi je trouve, parce que du coup, c'est vrai qu'ils sont, ils sont pas du tout demandeurs quoi (*rires*) parfois t'as même envie de leur dire "mais si, posez moi des questions (*rires*), je sens que vous n'avez pas tout compris, je veux que vous compreniez tout avant de partir", non mais c'est vrai ! » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« [Un patient rom], je pense qu'il est plus dépendant que, il est plus dépendant parce qu'il a moins la capacité de poser des questions, c'est-à-dire quand c'est, de, si il a des questions, je pense qu'on y répondra probablement moins facilement parce que y'a toujours cette barrière de langue, et qu'on répond aux questions – c'est un peu horrible en fait quand j'y pense – c'est quand nous, on a décidé de poser des questions, que on retourne vers lui. Si lui, il veut nous solliciter, je pense que c'est plus compliqué. (...) Moi, je pense qu'il est plus dépendant, il est plus entre guillemets "soumis" que, que un patient, un patient qui pourra dire "moi, j'en ai marre d'attendre, qu'est-ce qui se passe ?". Lui, si il en a marre d'attendre, avant qu'il le verbalise, je pense que ce sera beaucoup plus long quoi. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

L'adaptation des pratiques professionnelles à la « barrière de la langue » tient par conséquent davantage du discours que de la pratique. Les patients présumés roms ne parlant pas français subissent, comme de nombreux autres, une pratique médicale altérisante et racialisante qui les maintient dans une position d'infériorité absolue dans la relation de soin. En refusant de faire appel à un interprète, les professionnels hospitaliers maintiennent ces patients réputés « difficiles » dans une position de soumission, pensant ainsi simplifier leurs missions de soin.

Voyons maintenant de quelles façons les membres des équipes de gynéco-obstétrique prennent en charge les femmes qu'ils identifient comme roms et renforcent ce qu'ils perçoivent comme les traditions patriarcales de cette « communauté » par l'« adaptation » de leur pratique professionnelle à leur « différence culturelle ».

⁶⁷² Dans son analyse d'une nouvelle figure du patient, Jean-Philippe Pierron note que « pris entre le patient objet de soin et le client consommateur de services médicaux, le malade est devenu une figure gênante. Soit il est réduit à l'appréhension analytique des thérapeutiques qui le prennent en mains au risque de la chosification – la numérisation d'autrui réduit à ses sécrétions –, soit il est considéré comme une clientèle exigeante, celle des consommateurs de soins, les thérapeutes-médecins étant déçus de leur autorité et ramenés au statut de prestataires de services. » Jean-Philippe Pierron, « Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins », Sciences sociales et santé, 2007, vol. 25, n° 2, p. 44.

5.2. La prise en compte des spécificités culturelles présumées des patientes « roms » dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L

L'incompétence linguistique n'est pas le seul aspect de la « différence culturelle » des patients présumés roms qui a une influence sur la façon dont ils sont accueillis et traités à l'hôpital. L'analyse de la façon dont les patientes présumées roms sont prises en charge dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L met en lumière l'influence des « traditions culturelles roms » sur les pratiques des membres de cette équipe de soin. En effet, les professionnelles de ce service de gynéco-obstétrique décrivent ces « traditions culturelles » comme particulièrement sexistes⁶⁷³. Ces soignantes critiquent et déplorent la domination dont les femmes présumées roms seraient victimes au sein de leur groupe familial du fait de traditions culturelles patriarcales. Les enquêtées développent des représentations de femmes roms contraintes à des grossesses précoces et multiples, mais également de femmes roms hyper sexualisées, mères indignes, femmes soumises, trafiquantes de nouveau-nés, responsables de familles déstructurées où les enfants sont livrés à eux-mêmes et les très jeunes filles sont mariées de force, etc. Les processus de racialisation alors à l'œuvre réduisent les femmes présumées roms au statut de « femmes moyennes du Tiers-monde »⁶⁷⁴. Ainsi, selon Alexandra Nacu, les « "choix" [des patients migrantes en matière de santé] — même si portant sur les mêmes objets que ceux des femmes françaises, à l'instar du refus de la péridurale — ne sont pas reconnus comme tels [par les soignants] mais souvent imputés à l'incompréhension ou à une obéissance passive à la tradition. »⁶⁷⁵ Les témoignages que nous avons recueillis démontrent que les patientes présumées

⁶⁷³ Tous les entretiens réalisés dans ce service l'ont été avec des professionnelles de sexe féminin. En règle générale, nous avons constaté une forte présence féminine parmi les équipes des services de gynéco-obstétrique enquêtés. Notons toutefois que les propos de certains professionnels masculins de cette spécialité laissent penser qu'ils partagent l'opinion de ces enquêtées au sujet de la soumission des femmes « roms » au sexisme des « traditions culturelles » du groupe. Par exemple, pour le professeur Legoff, « les femmes [roms] quittent l'institution le lendemain d'une césarienne parce que leur famille va s'installer ailleurs. » (Pr. Luc Legoff, ~65 ans, gynécologue, retraité, entretien exploratoire). De même un interne de médecine générale en stage aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L décrit, lors d'une discussion informelle, l'arrivée d'un couple présumé rom dans le service. Il souligne que la femme, officiellement âgée de vingt ans, n'avait à son avis pas plus de treize ou quatorze ans et que l'homme répondait systématiquement aux questions posées à la place de sa femme (Carnet n°8, Service d'urgences gynéco-obstétriques, 25/05/2012).

⁶⁷⁴ Chandra Talpade Mohanty démontre comment « l'universalisme ethnocentrique » produit « nécessairement une conception homogène de l'oppression du groupe femmes, qui a son tour produit l'image de "la femme moyenne du Tiers-Monde". » Chandra Talpade Mohanty, « Sous le regard de l'occident: recherche féministe et discours colonial », in *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 149-182.

⁶⁷⁵ Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *op. cit.*, p. 124.

roms ne parviennent même pas à formuler un choix, les professionnelles de santé que nous avons rencontrées prenant unilatéralement les décisions les concernant en se fondant sur leur conception de la « culture rom ». Ainsi, en matière de gestion de la douleur, de choix de contraceptifs, voire de décisions médicales, les préjugés racialisants prennent le pas sur les droits de ces patientes identifiées comme roms. Ces patientes perçues comme victimes du sexisme de leurs « traditions culturelles » subissent en réalité la domination raciste (et sexiste) des professionnelles qui les prennent en charge.

5.2.1. Le « corps racialisé » des femmes « roms »

Les questions de sexualité et de reproduction renforcent souvent le processus de marquage des frontières morales et raciales⁶⁷⁶. La place présumée des femmes dans un groupe minorisé donné fait alors l'objet d'évaluations morales de la part des membres de la société majoritaire. C'est ce qu'Eric Fassin nomme « *l'imbrication du sexuel et du racial* »⁶⁷⁷. Dans l'ouvrage *Critical Race Theory*, Kimberlé Crenshaw aborde cette question : « *les Noirs ont longtemps été dépeints comme plus sexuels, plus « nature », plus enclins à la satisfaction ; ces images sexualisées de la race croisent les normes de la sexualité féminine, normes qui sont utilisées pour distinguer les femmes bien des mauvaises, les saintes des prostituées. Ainsi, les femmes noires sont essentiellement préconçues comme de mauvaises femmes dans les récits culturels (...)* »⁶⁷⁸. Pour leur part, Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché illustrent comment, au sein des hôpitaux français, les concepts de laïcité et de républicanisme « *produisent l'idée d'un corps biologiquement universel, qui, en pratique, entre constamment en contradiction avec des perceptions essentialisées des immigrants en tant qu'autres culturels* »⁶⁷⁹. Dans le cas des femmes d'Afrique de l'Ouest au centre de leur étude, elles démontrent – en

⁶⁷⁶ « Penser le genre ne signifie pas s'intéresser aux seules femmes, mais implique de saisir la façon dont les rapports sociaux de sexe structurent la vie sociale et se combinent aux autres formes de clivages sociaux. Dans le cas précis, penser le genre engage à comprendre la manière dont celui-ci participe à créer et renforcer des clivages de nature ethnique entre les divers segments de la "communauté" chinoise établie à Paris ». Marylène Lieber, « Clivages ethniques, domination économique et rapports sociaux de sexe. Le cas des Chinois à Paris », in *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 91.

⁶⁷⁷ Eric Fassin, « Questions sexuelles, questions raciales. Parallèles, tensions et articulations », in *De la question sociale à la question raciale? Représenter la société française*, Paris, Découverte, 2006, p. 231.

⁶⁷⁸ Kimberlé Crenshaw, *Critical race theory: the key writings that formed the movement*, New York, New Press, Distributed by W.W. Norton & Co., 1995, p. 349.

⁶⁷⁹ Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *op. cit.*, p. 81.

empruntant le concept de « corps racialisé » à Didier Fassin⁶⁸⁰ – que « *selon le contexte, le corps universel est opposé au corps "racialisé", correspondant à la figure coloniale de la mère africaine hypersexuelle, puis, alternativement, au "corps musulman" de la femme polygame pratiquante. Dans le contexte laïque français, cela résulte en un modèle hiérarchisé de corps qui correspond à différents degrés de légitimité et d'acceptation sociale* »⁶⁸¹.

Cette essentialisation des comportements sexuels et reproductifs présumés, cette culturalisation de la place des femmes au sein des groupes minorisés auxquels elles appartiennent se retrouvent dans le cas des patientes identifiées comme roms par les professionnelles du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L. La précocité sexuelle présumée des femmes perçues comme roms est interprétée comme un trait culturel faisant l'objet d'un fort rejet de la part de certaines enquêtées. Cette perception de la sexualité des femmes présumées roms illustre, à leurs yeux, le caractère rétrograde et profondément sexiste de la « culture rom ». Ces représentations guident la façon dont ces professionnelles anticipent les modalités de prise en charge des patientes présumées roms dans le service. L'imposture et l'imprévisibilité généralement associées à l'idée que ces soignantes se font des « Roms » prennent une dimension tout à fait spécifique dans le cas de ces usagers de sexe féminin.

5.2.1.1. Des grossesses précoces

Aux dires d'un grand nombre de professionnels interrogés, les services de gynécologie-obstétrique recevraient fréquemment des patientes présumées roms, les accouchements feraient partie des principaux motifs de recours à l'hôpital de ces populations⁶⁸². Dans tous les établissements enquêtés, la première question que

⁶⁸⁰ « Deux approches différentes du corps immigré : la légitimité du corps souffrant proposé au nom d'une commune humanité, est opposée à l'illégitimité du corps racialisé promulgué au nom d'une insurmontable différence. Dans le premier cas, l'Autre vient d'ailleurs et le traitement de son corps dépend de l'hospitalité du pays d'accueil. Dans le second, l'Autre est déjà ici et le traitement de son corps appelle une question d'ordre social. Le corps est devenu le site d'inscription des politiques d'immigration, définissant ce que nous pouvons appeler, en utilisant la terminologie Foucauldienne, une biopolitique de l'altérité. » Didier Fassin, « The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate », *Anthropology Today*, février 2001, vol. 17, n° 1, p. 4.

⁶⁸¹ Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *op. cit.*, p. 81.

⁶⁸² « Quand on les voit le matin en allant bosser, on se prévient, surtout le pôle femme/enfant parce qu'on sait que, quand on voit les caravanes, toutes les femmes enceintes vont venir en même temps. » Anne Fournier, ~45 ans, cadre médico-social, entretien exploratoire.

soulève la prise en charge des patientes présumées roms est alors celle de leur âge : elles sont généralement décrites comme particulièrement jeunes, souvent mineures.

« En général, les femmes [roms], voilà, elles font des enfants à quatorze ans, elles s'occupent de leurs enfants, etc. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Y'a un truc, y'a un truc particulier à leur culture, enfin qui est différent de la nôtre du moins, très différent, c'est que, en effet, tu peux te retrouver à accoucher des patientes de seize ans qui ont déjà un enfant quoi. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« On peut se retrouver avec une jeune fille de quinze ans, enceinte, sans papiers, ses parents sont restés en Roumanie, elle parle pas le français, mais elle vient avec le mari qui peut traduire un peu et qui est aussi un peu son cousin. » Anne Fournier, ~45 ans, cadre médico-social, entretien exploratoire.

Les résultats de plusieurs recherches menées sur cette question confirment la jeunesse globale des primipares identifiées comme roms. En 2000, une étude relative à la santé des populations « roms » en Europe, menée dans le cadre du projet Romeurope⁶⁸³, indiquait que plus de 50 % des primipares roms auraient moins de 17 ans. Huit ans plus tard, un rapport de Médecin du Monde consacré à la santé des femmes Rroms en Ile-de-France arrive à la même conclusion : « *l'âge moyen de la première grossesse [des femmes rroms] est de 17 ans* »⁶⁸⁴. En 2013, une doctorante de médecine générale se penche à son tour sur cette question et en conclut que « *les données concernant la santé reproductive sont éloquentes : l'âge moyen de la première grossesse est de 17 ans, 1/10 femme bénéficie d'un moyen contraceptif et d'un suivi de grossesse, 2 grossesses sur 4 aboutissent à une naissance vivante, le nombre moyen de grossesses à 22 ans est de 4, le taux d'IVG à 22 ans est de 2.* »⁶⁸⁵

Alors que toutes les soignantes du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L interrogées à ce sujet affirment que l'âge de la patiente n'a aucune influence sur sa prise en charge d'un point de vue technique ou légal, ces grossesses précoces suscitent malgré tout de nombreuses réactions.

⁶⁸³ « Elles sont très jeunes lors de leur première grossesse (50 % ont moins de 17 ans), le nombre de grossesses est élevé (4,7 en moyenne), le nombre de fausses couches ou d'IVG est élevé (0,58 par femme) et l'utilisation d'un moyen contraceptif est nulle ou presque (65 % n'ont jamais eu recours à un moyen contraceptif, 93 % en Grèce, 97 % à Gennevilliers), même si l'exception espagnole (32 % utilisent un moyen contraceptif au moment de l'enquête) laisse penser que celle-ci serait envisageable. » Equipe Romeurope, « Projet Romeurope », Etudes Tsiganes, 1999, vol. 14, n° 2, p. 114-130. Cette étude quantitative par questionnaire se fonde sur les réponses de 644 « Roms/tsiganes migrants en situation de grande exclusion » vivant en France, Grèce, Espagne.

⁶⁸⁴ Médecins du Monde auprès des femmes Rroms, 2008, p. 3.

⁶⁸⁵ Charlotte Imbert, Elsa Bidault, Nicolas Goujon, et Bernard Goudet, « Education à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom », *Santé Publique*, 2013, vol. S2, n° 2, p. 211.

« [Le fait qu'elles soient mineures] ça m'embête, enfin quand je dis ça m'embête, je vois comme si c'était ma petite fille quoi. Je dis "ma petite fille", voilà, on sait même plus. Après des fois, on est dans le tu, le vous, après je me dis "mais, non, je vais pas la vouvoyer". Alors, un coup, ça m'est arrivé, j'ai dit "tu, vous, ah mais tu, voilà quoi", je peux pas, je peux pas, elle [pourrait] être ma fille. » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Physiquement on peut [accoucher à treize ans], à partir du moment où elle est pubère. Après, du coup, elles sont souvent un petit peu effrayées mais elles sont quand même pas effrayées comme des enfants élevés en France, des Français de treize ans, parce qu'elles ont pas du tout la même maturité, c'est pas du tout les mêmes conditions de vie, elles ont pas vécu la même chose. (...) Une fois que t'as pris en charge une jeune femme de treize ans qui fait, qui donne la vie et qui va être maman, tu te rends compte que c'est différent quoi... C'est, c'est, c'est comme si tu avais une jeune femme de vingt ans en France. Donc oui, elles sont jeunes, c'est leur premier enfant (...) et du coup, oui, ben tu peux pas du tout t'identifier à ça ou identifier des gens de ta famille, de ta connaissance, c'est différent. Mais techniquement, ça change rien et légalement non plus, une fois qu'elles sont mères, elles sont émancipées donc tu les considères comme des majeures. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ces grossesses précoces sont présentées par ces soignantes comme l'illustration de la différence culturelle fondamentale entre « eux » et « nous ». Pauline qui est interne en gynécologie-obstétrique compare ces patientes avec « des enfants élevés en France » et constate que les jeunes parturientes présumées roms ont la maturité d'« une jeune femme de vingt ans en France ». Elle estime que cette différence est « un truc particulier à leur culture ». Emilie, infirmière dans le même service de l'hôpital L, se dit « choquée » par ces grossesses qui heurtent la « mentalité occidentale ». Pour elle également, il s'agit d'une différence culturelle qui bouleverse « notre schéma de vie ».

« Après, je pense que c'est plus dans nos, dans notre conscience en disant "putain, elle a treize ans !" (...) Ben ça nous choque par rapport à nous, occidentaux où, voilà quoi, c'est pas, c'est pas notre mentalité et où, ben le travail est plus consacré actuellement, et puis, ensuite, la vie de famille, c'est un peu plus ça notre schéma en fait, et où là, ça bouleverse notre schéma, c'est plus ça en fait, ce qui nous choque. (...) Je pense que, ouais, je rentre ça dans la culture. » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

La cadre supérieure du service explique que toutes les grossesses de mineures doivent faire l'objet d'un signalement auprès du service d'aide à l'enfance (ASE) du Conseil Général afin de prévenir tous risques de maltraitance⁶⁸⁶. Mais, pour elle, la précocité des grossesses étant de l'ordre de la tradition culturelle chez les

⁶⁸⁶ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Voir à ce sujet, sur le site du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, *Dispositif d'alerte*, <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces/770/famille/774/dossiers/725/enfance-en-danger/2309/signalement-d-enfants-en-danger/2310/le-dispositif-d-alerte/14667.html>, consulté le 4 mars 2015.

« Roms », il y aurait moins de risques qu'elles soient le résultat de maltraitements (inceste ou viol par exemple) – contrairement aux « familles autochtones » dans le même cas.

« On a eu une [patiente rom] tout récemment qui avait quinze ans a priori, qui faisait tellement moins, enfin tellement moins, elle faisait peut-être un an de moins, un ou deux ans de moins et, en même temps, on les voyait en couple et lui avait dix-sept ans, bah voilà quoi, c'était leur histoire, avec ouais, avec les risques qu'on sait chez les mineurs mais bon c'était, ben c'était accepté dans la famille, voilà, ils étaient mariés coutumier, voilà (...). On a pas eu d'inquiétude parce qu'elle est pas... On l'a signalée parce que, dans les normes françaises, toute grossesse mineure doit être signalée, que oui, probablement qu'on va leur donner, aussi faut les soutenir. Maintenant, y'a une famille aussi autour, ils sont pas isolés. Voilà, on est moyennement inquiets quant à la maltraitance, ce qui ne serait pas forcément le cas d'une famille autochtone on va dire, où on serait probablement plus inquiets. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Cette discordance entre les supposées traditions roms et les normes françaises est également soulignée par Ingrid. L'assistante sociale du service décrit les difficultés qu'elle a rencontrées lors de la prise en charge d'une patiente présumée rom de quatorze ans à l'occasion de sa première grossesse. Tout en constatant que cette jeune femme (que l'on nommera ici Teodora) ne fait l'objet d'aucune maltraitance et bénéficie d'un environnement familial stable, Ingrid remarque que, du fait de son jeune âge, cette patiente « n'est pas dans les clous » d'un point de vue légal. Elle raconte la suspicion du Samusocial en particulier, quant à la situation de cette patiente, et les démarches qu'elle a dû mettre en œuvre pour démontrer que cette dernière ne souffrait d'aucune maltraitance et que sa grossesse était souhaitée.

« Alors moi, la dernière en date, c'était une jeune mineure de quatorze ans qui vivait en camp, en communauté, avec sa famille et qui a créé beaucoup, beaucoup de problèmes aux partenaires – mais pas à moi – parce que quatorze ans et enceinte, donc ça a agité beaucoup, beaucoup de monde autour, parce que "oui, elle a quatorze ans, elle est enceinte, nanana". (...) Donc c'était pas du tout un couple difficile, au contraire, avec la présence donc des grands-parents, puisqu'ils vivaient avec les grands-parents de Monsieur. Par contre, ça a agité beaucoup, beaucoup de partenaires autour, notamment le 115 qui n'acceptait pas, parce que les parents de Mademoiselle l'avaient confiée à la famille de Monsieur, légalement on n'était pas dans les clous parce que mineure de quatorze ans, légalement elle dépend de ses parents. Le 115 refusait donc de prendre en charge le couple ensemble, moi je m'y opposais un peu aussi parce que je me suis dit "on est en France quand même, elle a quatorze ans, vivre toute seule à l'hôtel, non". Par contre, ce qu'on avait mis en place, c'était que les grands-parents de Monsieur puissent vivre avec eux, donc je trouvais que c'était pas mal quoi. Donc le 115 a refusé, ce qui fait qu'ils étaient toujours dans leur camp de caravanes à [A] et que élever un enfant dans ces conditions, c'était quand même moins bien. Et ils [le 115] ont fait un signalement sans me prévenir parce que la maraude, donc leur maraude – tu sais le 115 ils ont des maraudes – avait peut-être pensé voir, pensait qu'ils avaient vu [Teodora, la patiente] au Bois de Boulogne – parce qu'il y a un gros camp rom pas loin du Bois de Boulogne –, donc suspicion de prostitution et tout le bazar. Alors que moi, ce que je voulais mettre en place, j'avais prévu qu'ils rencontrent le juge des

enfants pour que [Teodora] puisse être émancipée et que les grands-parents puissent être nommés tiers dignes de confiance de [Teodora] et qu'ils puissent enfin avoir un hôtel ensemble. Donc ce signalement a précipité tout ça, donc j'ai dû faire un écrit en urgence au juge en lui expliquant que, non cette jeune femme n'était pas en danger, qu'elle était pas maltraitée, "oui elle avait quatorze ans, je sais, elle est enceinte [à] quatorze ans, c'est compliqué". Et finalement, ils ont fini par rencontrer le juge qui a évalué exactement la même chose que moi et qui a permis à [Teodora] de vivre avec les grands-parents, ses beaux-parents. Ce bébé est né, il va très bien, ils sont sur leur camp parce qu'ils ont pas voulu aller à l'hôtel, avec un passage de la PMI. Donc un couple adorable, enfin y'a aucun souci, sauf, en fait moi l'âge au départ, parce qu'elle faisait vraiment gamine avec une tête de bébé, dès qu'elle passait quelque part ça interpellait tout le monde, vraiment, vraiment, vraiment et puis parce qu'elle faisait rom quoi, il faut le dire aussi. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Les grossesses précoces sont perçues comme une manifestation de la spécificité culturelle des « Roms ». Les professionnelles que nous avons rencontrées dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L expriment globalement leur malaise vis-à-vis de ces très jeunes femmes enceintes dont elles considèrent qu'elles sont opprimées par leur « culture traditionnelle ».

5.2.1.2. Les « femmes roms » : « femmes moyennes du Tiers-Monde »

Pour Ingrid, l'assiduité de Teodora aux consultations médicales et son adhésion au projet social qui lui est proposé attestent du caractère volontaire de sa grossesse. Elle rejette les explications proposées par le Samusocial liant cette grossesse à la prostitution potentielle de Teodora, ou toutes autres possibilités de maltraitance dont cette jeune femme aurait pu être victime. Selon l'assistante sociale, cette grossesse serait tout simplement l'aboutissement logique d'une tradition culturelle et familiale dans laquelle « on se marie très jeune » et au sein de laquelle « le statut de la femme passe par la maternité ».

« C'est une communauté rom qui se marie très jeune, c'est comme ça, de toutes façons c'était un enfant qu'elle désirait, elle venait à toutes ses consultations médicales, elle faisait en sorte d'adhérer à ce que je lui proposais en termes de social. Avec son compagnon, âgé de dix-neuf ans, c'était un mariage arrangé entre familles. Alors, ce qui s'est passé c'est que ce petit couple s'était rencontré en Roumanie parce que la tante de Monsieur habitait dans le village de Mademoiselle, ils se sont rencontrés, ils se sont plu. Elle s'appelait [Teodora], [Teodora] donc âgée de quatorze ans, à l'époque avait douze ans, elle se sentait pas bien dans sa famille parce que sa sœur avait déjà eu des enfants et je crois que le statut vraiment de femme passe par la maternité dans leur communauté et du coup, les deux familles se sont mis d'accord pour que eux se mettent en couple. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

De nombreuses enquêtées du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L considèrent que les traditions familiales et culturelles présumées roms, telles que celles décrites par Ingrid (mariages arrangés, grossesses précoces), opprresseraient

les femmes appartenant à ce groupe minorisé. Alors que Pauline, l'interne de gynéco-obstétrique, souligne la différence considérable de maturité existant selon elle entre une « Rom » de treize ans et une « enfant élevée en France », Myriam fait le chemin inverse en imaginant que cette grossesse précoce pourrait être celle de sa petite cousine. Elle extrait la situation de son contexte pour mettre en évidence ce qu'elle identifie comme l'influence de la « culture rom » sur la précocité de cette grossesse et, par conséquent, l'aliénation et l'oppression que subissent, selon elle, les femmes appartenant à cette « communauté ».

« [Une mineure rom enceinte] elle fait ce qu'elle veut, mais moi je trouve ça dommage. Enfin, je pense que si ma petite cousine elle tombe enceinte, jamais je lui conseillerais de la garder, la grossesse, je lui conseillerais de faire ce qu'elle veut, et si, effectivement, elle a trop envie d'être maman, je lui dirais "garde-la", mais je trouve ça triste qu'en 2012, il y ait encore des endroits, des familles, des trucs où les nanas, elles sont bonnes qu'à faire des gosses quoi, et à faire le ménage tu vois, et ce à partir de treize ans. Elles vont être crevées, à quarante [ans] elles ont des cernes comme ça, les nichons jusqu'aux genoux et elles ont de l'arthrose de partout parce que, tout ce qu'elles ont fait, c'est récupérer les carreaux et s'occuper de leurs six gosses quoi, ça je trouve ça... » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Myriam – elle-même enceinte de son deuxième enfant au moment de l'entretien – critique ouvertement la place réservée aux femmes au sein de la « communauté rom » telle qu'elle la perçoit : « bonnes qu'à faire des gosses et à faire le ménage ». Pour elle, ces grossesses ne sont pas le résultat d'un choix volontaire mais d'une tradition culturelle qui maintient les femmes dans une position d'asservissement vis-à-vis de leur « communauté ». Le concept, élaboré par Chandra Talpade Mohanty, de « femme moyenne du Tiers-Monde » – dont la vie serait « *fondamentalement tronquée, car déterminée par son genre féminin (comprenez contrainte sexuellement) et par son appartenance au Tiers-Monde (comprenez : ignorante, pauvre, inculte, soumise à la tradition, à la religion, axée sur la maison et la famille, victimisée, etc.)* »⁶⁸⁷ – reflète la façon dont les professionnelles que nous avons rencontrées dans ce service de gynéco-obstétrique perçoivent généralement les femmes présumées roms. Ainsi que nous l'avons exposé jusqu'à présent, d'après la majorité des enquêtés, les « Roms » appartiendraient à de grandes familles qui vivraient selon des règles spécifiques issues de leurs traditions culturelles. Ces règles les maintiendraient en marge de la

⁶⁸⁷ Chandra Talpade Mohanty, « Sous le regard de l'occident: recherche féministe et discours colonial », *op. cit.*, p. 154.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

société majoritaire, dans le folklore et l'indigence. Au sein de cette « communauté rom » perçue comme marginale, les femmes occuperaient, d'après les enquêtées du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L, une place subalterne, maintenues dans une position de soumission, d'ignorance et d'asservissement par les membres masculins de leur groupe familial⁶⁸⁸. Pour Chandra Talpade Mohanty, « *les femmes du Tiers-Monde, en tant que catégorie ou groupe, seront automatiquement et nécessairement définies comme croyantes (comprenez : « non-progressistes »), axées sur la famille et la maison (comprenez : « traditionalistes » et « arriérées »), juridiquement mineures (comprenez : « elles-ne-sont-toujours-pas-conscientes-de-leurs-droits »), illettrées (comprenez : incultes) (...)»*⁶⁸⁹ La double domination raciale et sexuelle que subiraient les « femmes roms » les réduit, aux yeux des professionnelles interrogées, au statut de « femmes moyennes du Tiers-Monde ». Myriam, l'interne de médecine générale, dit avoir « de la peine » pour ces femmes identifiées comme roms dont elle déplore le manque de liberté. Le défaut de modernité et d'ouverture qu'elle attribue à l'« esprit communautaire » rom heurte sa sensibilité « égalitariste » et s'oppose au principe républicain d'« égalité des droits pour tous ». On retrouve ici la « présomption de supériorité »⁶⁹⁰ des occidentales décrite par Laura Nader et « l'universalisme ethnocentrique »⁶⁹¹ théorisé par Chandra Talpade Mohanty. Selon cette dernière, le concept de « femme moyenne du Tiers-Monde » ne peut en effet se comprendre que « *par contraste avec les femmes occidentales qui se représentent (implicitement) comme éduquées, modernes, maîtresses de leur propre corps et de leur sexualité, "libres" de prendre leurs propres décisions. (...) Ces distinctions reposent sur le privilège*

⁶⁸⁸ On retrouve les mêmes convictions et réactions chez les soignants interrogés dans les Pays de la Loire et en Ile-de-France par Olivier Bouvet et Stéphane Floch : « *chez les Roms, la stigmatisation de ce rapport dominant/dominé [de l'homme sur la femme] a été presque systématiquement entrevue, aussi bien par les soignants hommes que femmes mais avec plus de force par celles-ci, attristées ou indignées par ce soi-disant déséquilibre trop patent.* » Olivier Bouvet et Stéphane Floch, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants », *op. cit.*, p. 268.

⁶⁸⁹ Chandra Talpade Mohanty, « Sous le regard de l'occident: recherche féministe et discours colonial », *op. cit.*, p. 175.

⁶⁹⁰ « *La sollicitude qui s'adresse à ce groupe de femmes ne peut pas être une sollicitude ordinaire, de femme à femme ; c'est nécessairement une sollicitude de haut en bas: de moins opprimée – ou opprimée "ordinairement" – à plus opprimée ou opprimée "extraordinairement". Mais c'est aussi une sollicitude insultante, fondée sur la prémisse que les femmes des "quartiers et banlieues", d'abord sont des victimes et ne sont que cela ; ensuite vivent avec et aiment des pères, des frères, des maris et des fils qui ne sont pas simplement sexistes comme tout un chacun, mais le sont au point de n'être quasiment QUE cela. Le sexisme les définit tout entiers, et il n'y a en eux pas de place pour autre chose, du moins pas pour autre chose de positif.* » Laura Nader, « Orientalisme, occidentalisme et contrôle des femmes », *Nouvelles Questions Féministes*, 1 janvier 2006, vol. 25, n° 1, p. 70-71.

⁶⁹¹ Chandra Talpade Mohanty, « Sous le regard de l'occident: recherche féministe et discours colonial », *op. cit.*
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

*que s'arroge un groupe particulier lorsqu'il se pose comme norme ou référence. »*⁶⁹²

« La liberté de la femme dans ce genre de communauté, c'est assez affreux je pense, mais, enfin voilà, que les mariages sont à moitié arrangés, que si tu veux te marier avec un [homme] qui est pas de la communauté, ça va pas du tout. Je sais que ça vient aussi d'un esprit communautaire assez fort chez eux et pas ouvert sur l'extérieur quoi... (...) J'ai vu un reportage l'autre jour sur la communauté, les Gens du voyage à Londres, c'était affreux, j'avais envie de pleurer. La nana, elle était là en train de dire "oui, moi faut que je demande l'autorisation à mon père et à ma mère pour sortir, il faut que j'appelle toutes les demi-heures pour dire où je suis et je peux pas sortir seule, et ci et ça". Et on lui dit "et tu trouves ça normal ?" et elle dit "ben oui, c'est normal, c'est un monde d'hommes, c'est eux qui ramènent l'argent", j'étais là "mais c'est pas possible, la pauvre !". Moi, j'avais de la peine pour elle quoi, elle avait, elle avait seize ans, et je me disais "mais ma pauvre, tu pourrais faire tellement de choses de ta vie et tu fais juste ce qu'on te dit de faire", mais bon, après, enfin tu vois, elle avait l'air heureuse tu vois, donc je me disais, "c'est pas à moi de juger, si elle est contente de sa vie, tant mieux pour elle" mais, moi, vivant dans un pays et avec un esprit, je vais pas dire féministe enfin tu vois quoi, genre égalité de droits pour tout le monde... » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Myriam, mais également Pauline, toutes deux internes en stage dans le service gynéco-obstétrique de l'Hôpital L affirment leur vision racialisée des femmes « roms » au nom de leur féminisme déclaré⁶⁹³. Madame Renard, la sage-femme cadre supérieure du même service qui hésite pour sa part à se définir ouvertement comme féministe⁶⁹⁴, se fonde sur son expérience professionnelle d'une trentaine d'années pour évaluer « l'évolution de la femme à la française »⁶⁹⁵ des membres présumés de différents groupes minorisés. Alors que, pour les Maliennes, il y aurait selon elle « intégration », ce ne serait pas le cas des « Roms », des « femmes turques » ou des « Chinoises ».

« Les dames maliennes – d'ailleurs j'ai appris quelques mots de soninké parce que c'était très difficile de communiquer avec elles –, je les ai revues dix ans ou vingt ans près, y'avait

⁶⁹² *Ibid.*, p. 154.

⁶⁹³ « Je trouve que voilà on vit à une époque où malgré tout il règne une certaine misogynie et... et je trouve ça important que... (...) Je suis hyper contente de dire ça [que j'ai choisi cette spécialité aussi par féminisme], je sais pas si je suis fière mais je suis hyper contente en tout cas de me dire "ben faut qu'on leur apporte de l'importance, faut qu'on nous apporte de l'importance", (...) de toutes façons moi je suis féministe, ça c'est sûr. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁶⁹⁴ « Je veux dire, j'ai un, faut pas être chienne de garde, par contre, enfin, ouais, je veux dire, je suis pas une activiste, je pense qu'on, et puis c'est la mode en ce moment, en football j'aurais été plutôt en défense, mais par contre je suis là quoi. Moi je suis impressionnée et quand je fais un cours sur la contraception aux étudiants infirmiers, je commence toujours par l'historique, je suis impressionnée par celles qui ont mené le combat, maintenant je suis d'une génération qui n'a pas eu à se battre, qui a à se battre pour maintenir, probablement qu'il y a d'autres combats à mener mais qui ne sont pas dans mes préoccupations, maintenant est-ce que, voilà si j'avais été en 68, si j'avais eu, si j'avais été sage-femme en 68, voilà, est-ce que j'aurais pris les armes ou pas, peut-être avant 68 même, est-ce que j'aurais pris les armes ou pas, j'en sais rien, je ne peux pas répondre. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁶⁹⁵

une intégration, y'avait un apprentissage du français, y'avait une intégration dans la vie sociale, elles savaient se démerder pour bosser, pour, enfin vraiment... C'est pas valable pour toutes les, pour toutes les communautés, mais en tout cas, par exemple les femmes chinoises, les femmes turques ont évolué plus lentement, elles restaient vraiment au sein de la communauté beaucoup plus sous cloche je dirais. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Alors, l'intégration pour moi c'est l'évolution de la femme à la française, soyons claires, j'ai pas vu d'évolution de la femme à la française chez les Roms, de même que chez les Chinoises. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Cette dichotomie entre des femmes qui parviendraient à s'intégrer et d'autres qui resteraient « sous cloche »⁶⁹⁶ – parmi lesquelles les femmes présumées roms – est récurrente dans les propos de ces professionnelles. La force des traditions culturelles roms serait responsable de l'impossibilité pour les femmes de cette « communauté » de s'émanciper du joug masculin⁶⁹⁷. On retrouve ici des débats et des arguments similaires à ceux développés autour de la question de « la loi sur le foulard »⁶⁹⁸ de 2004. Pour certains courants féministes, *« le foulard est regardé comme le symbole de l'oppression masculine. La loi, disent-elles, permettra de protéger les jeunes musulmanes menacées par l'islamisme radical, contraintes par leurs pères et leurs frères de se voiler. »*⁶⁹⁹ Une telle imbrication d'arguments de défense des droits des femmes et de processus de racialisation se retrouve dans les propos des professionnelles du services de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L que nous avons rencontrées. Selon elles, l'oppression des femmes serait pour ainsi dire constitutive de la « culture rom ». Pour Elsa Dorlin, *« l'unicité du sujet politique*

⁶⁹⁶ « [Les Roms] une fois que y'a plus d'urgence, une fois que c'est guéri ils re... c'est un groupe, tu vois, c'est comme un groupe, c'est comme une famille, c'est comme un, le cercle se reforme quoi. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

⁶⁹⁷ Remarquons qu'Olivier Bouvet et Stéphane Floch se sont demandés, au cours de leur recherche, *« s'il ne s'agissait pas d'une projection idéalisée ou idéale du rapport homme/femme et de ce fait génératrice d'une stigmatisation "tribale" de comportements considérés inégalitaires et "rétrogrades". À la question, que connaissez-vous précisément de leur organisation familiale, personne pourtant n'a su concrètement répondre. »* Olivier Bouvet et Stéphane Floch, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants », op. cit., p. 268.

⁶⁹⁸ Loi n° 2004-228 du 15 mars 2004 encadrant, en application du principe de laïcité, le port de signes ou de tenues manifestant une appartenance religieuse dans les écoles, collèges et lycées publics, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000417977&categorieLien=id>, consulté le 2 octobre 2015. « Autant qu'une oppression spécifique des femmes, le foulard est alors regardé comme un signe d'archaïsme et de tyrannie. » Françoise Gaspard, « Le foulard de la dispute », *Cahiers du Genre*, 1 décembre 2006, vol. 1, n° 3, p. 84. Voir également le numéro spécial de la revue *Nouvelles Questions Féministes* consacré à ce sujet : Natalie Benelli, Ellen Hertz, Christine Delphy, Christelle Hamel, Patricia Roux, et Jules Falquet, « Édito: De l'affaire du voile à l'imbrication du sexisme et du racisme », *Nouvelles Questions Féministes*, 1 janvier 2006, vol. 25, n° 1, p. 4-11.

⁶⁹⁹ « Pour les autres, il ne s'agit pas de défendre le port du foulard ni d'ignorer les contraintes que subissent des jeunes filles, mais de soutenir que son interdiction risque de priver celles-ci de l'accès à l'enseignement public (...). Celles qui soutiennent cette position se refusent à considérer que toutes les filles portant le foulard sont manipulées. Et quand bien même elles le seraient, convient-il, demandent-elles, de les punir en leur refusant l'accès à l'école publique ? L'interdiction du foulard à l'école ne garantit d'ailleurs pas la fin de la domination masculine. Il n'est pas davantage le moyen de lutter contre l'islamisme radical. » Françoise Gaspard, « Le foulard de la dispute », op. cit., p. 87-88.

du féminisme – « Nous, les femmes » –, parce qu'elle est appréhendée comme la condition d'émergence du féminisme, universalise abusivement une expérience de la domination de genre, calquée sur l'expérience des femmes de la classe moyenne européenne ou nord-américaine, et dessine les contours de ce en quoi doit consister l'émancipation des femmes. »⁷⁰⁰ Ces professionnelles procèdent, au nom d'un universalisme féministe, à la « réification et [à l']objectivation condescendante »⁷⁰¹ de pratiques qu'elles considèrent comme traditionnellement roms. Comme le souligne Eric Fassin, « la modernité démocratique devient ainsi très clairement un langage de pouvoir, à double tranchant : l'émancipation sexuelle se construit sur la relégation raciale. Tout se passe donc comme si la stigmatisation raciale s'autorisait de la démocratie sexuelle. »⁷⁰² Or, le processus de racialisation à l'œuvre dans la critique du sexisme présumé de la « tradition » ou de la « culture rom » renforce la domination des « femmes roms » au lieu de favoriser leur émancipation. Comme Christine Delphy le fait remarquer, « les femmes d'un groupe racisé sont victimes du racisme tout autant que les hommes »⁷⁰³ mais elles subissent de surcroît le sexisme.

5.2.1.3. Les rumeurs au sujet des « femmes roms »

Un aspect frappant des récits, rapportés par les professionnelles de gynéco-obstétrique des prises en charge de patientes identifiées comme roms, est la récurrence de rumeurs⁷⁰⁴ sur leurs mœurs sexuelles et familiales. La très grande majorité des anecdotes qui nous ont été rapportées dans ces services comportent en effet des éléments surprenants, invariablement négatifs et invérifiables, au sujet de « femmes roms » victimes de relations incestueuses, de réseaux de prostitution, complices de trafics d'enfants ou tout simplement mauvaises mères. Comment interpréter la circulation de telles rumeurs au sujet des « femmes roms » parmi les professionnelles de gynéco-obstétrique ?

⁷⁰⁰ Elsa Dorlin, « De l'usage épistémologique et politique des catégories de "sexe" et de "race" dans les études sur le genre », *Cahiers du Genre*, 2005, vol. 2, n° 39, p. 10.

⁷⁰¹ *Ibid.*

⁷⁰² Eric Fassin, « Questions sexuelles, questions raciales. Parallèles, tensions et articulations », *op. cit.*, p. 241.

⁷⁰³ Christine Delphy, « Antisexisme ou antiracisme, un faux dilemme », in *Classer, dominer, Qui sont les « autres »?*, La Fabrique Éditions., Paris, 2008, p. 72.

⁷⁰⁴ Jean-Bruno Renard, *Rumeurs et légendes urbaines*, Paris, Presses universitaires de France, 2002, p. 70. « Le phénomène des rumeurs correspond d'abord à un processus social d'échange d'une nouvelle (c'est-à-dire une information en prise avec l'événement) non vérifiée. » Philippe Aldrin, « Penser la rumeur. Une question discutée des sciences sociales », *Genèses*, mars 2003, vol. 1, n° 50, p. 127.

La relation de la mère à l'enfant juste né fait l'objet de constantes observations de la part des sages-femmes, infirmières, assistantes sociales et aides-soignantes qui travaillent dans les services de gynéco-obstétrique. Le comportement des nouvelles mères est scruté, corrigé, commenté par ces professionnelles qui estiment de leur responsabilité de préparer la mère à ramener son enfant chez elle⁷⁰⁵. Lorsqu'au contraire Ania, aide-soignante du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L, raconte avec détachement qu'une patiente présumée rom aurait abandonné son nouveau-né dans le service, elle fait savoir le peu de sens moral qu'elle accorde à la population « rom » en général. Selon elle, cette jeune femme présumée rom aurait quitté le service de gynécologie-obstétrique après son accouchement en laissant son nourrisson derrière elle : « elle l'a laissé pour qu'on s'en occupe parce qu'elle voulait se reposer ». Elle explique qu'elle s'est personnellement occupée du nouveau-né le jour de la disparition de sa mère, puis elle répète qu'« après, elle [la patiente] est revenue le chercher [le nouveau-né] » laissant ainsi entendre que plusieurs jours se seraient écoulés entre l'abandon de l'enfant et le retour de la mère dans le service. Le caractère mensonger et rumorale des propos d'Ania est attesté par le fait qu'une telle pratique ferait immédiatement l'objet d'un signalement aux services de l'aide sociale à l'enfance du Conseil général et d'un placement de l'enfant. De plus, Ania ne présente aucun signe d'étonnement ou d'indignation en racontant cette histoire d'abandon d'enfant, comme si ce comportement était, à ses yeux, typique des femmes qu'elle identifie comme roms, dont le système de valeur serait tellement différent des « principes et lois d'ici ».

« Apparemment, c'est pas la première fois, ils [les Roms] pensent qu'ils le laissent là [le nouveau-né] et ils le retrouvent là, voilà. Elle l'a posé, "j'ai posé mon bébé là, donc je reviens le chercher là". Pour elle, c'était normal. (...) De toutes façons, c'est des Gens du voyage, ils peuvent pas connaître les principes, les lois de, d'ici, parce que parfois, peut-être que, en Roumanie c'est comme ça, ou je sais pas d'où ils viennent, donc ils pensent qu'elle va retrouver son bébé où elle l'avait laissé, donc finalement c'était pas le cas. (...) Voilà, ben c'est ça, c'est l'insouciance, comme ça, c'est différent... » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pour Ania, l'« insouciance », l'irresponsabilité de cette jeune mère vis-à-vis de son enfant est à mettre en relation avec sa façon usuelle d'agir dans le pays « d'où elle vient ». Ania n'aborde à aucun moment les thèmes, pourtant classiques dans ces

⁷⁰⁵ Voir sur un sujet connexe : Delphine Serre, « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles », *Déviance et Société*, 7 juin 2010, Vol. 34, n° 2, p. 149-162.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

services, de « l'instinct maternel » ou du « lien mère-enfant », comme si la question ne se posait pas pour cette jeune femme présumée rom. Même distance de la part de la cadre supérieure de maternité à l'hôpital public G qui estime que « les Roumaines, elles sont dures », « elles ne veulent pas voir l'enfant à la naissance », « elles se détournent, y'a pas d'amour, c'est dur pour les équipes ». Elle dit que les enfants ne sont pas éduqués, ils sont livrés à eux-mêmes, ne respectent rien, courent partout, « ils ne sont pas élevés »⁷⁰⁶. Amour parental et structure familiale ne font pas partie des normes de la « culture rom » selon cette professionnelle.

Lorsqu'Océane dresse le portrait d'une « fille des rues » présumée rom qu'elle aurait prise en charge, l'auxiliaire de puériculture de l'Hôpital L met en exergue ce qu'elle perçoit comme son absence de sentiments personnels. Elle raconte l'arrivée en gynécologie de cette patiente de quinze ans encadrée par deux policiers. Elle aurait été arrêtée dans la rue et, au vu de son état de grossesse, amenée aux urgences gynéco-obstétriques pour un contrôle de son état de santé. Océane raconte que cette patiente aurait obstinément refusé de répondre aussi bien aux questions des agents de police concernant le délit pour lequel elle avait été arrêtée, qu'à celles qu'elle lui posait elle-même sur son état de santé. Elle interprète le silence de la jeune femme comme une manifestation de sa marginalité sociale et en déduit que sa grossesse pourrait être le fruit d'une relation incestueuse avec un membre de sa famille – notons que la « tradition culturel » qui soumet les jeunes femmes « roms » à des grossesses précoces n'est pas citée ici.

« Cette jeune qui était venue avec les flics, qui avait quinze ans, qui était enceinte, c'était pas son premier bébé je crois, qui était, je sais pas si elle était moldave ou roumaine, ou de ces pays-là, je ne sais pas trop, je ne sais plus trop (...). C'est une fille de la rue, qui se débrouille toute seule, qui a son caractère, qui a vécu des choses certainement difficiles parce que c'était une fille qui était balafnée un peu de partout, physiquement qui était vraiment balafnée, elle se nourrit concrètement de vols, elle se méfie de tout le monde, y'a que sa famille et encore, parce qu'on savait pas trop d'où ce bébé sortait parce que, si ça se trouvait, c'était au sein de sa famille, on savait pas trop, on en a déjà eu des personnes un peu défavorisées qui se retrouvent à être enceintes de la part d'un oncle éloigné ou d'un cousin éloigné mais qui traîne dans les parages. » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Des professionnelles interrogées décrivent également les « femmes roms » comme susceptibles d'être abusées par des réseaux de prostitution. Ces récits ne sont sans doute pas sans relation avec les articles qui paraissent régulièrement dans la presse

⁷⁰⁶ Carnet n°5, Maternité, Hôpital public G, 12.07.2010.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

sur ce thème⁷⁰⁷. Ainsi, Mathilde, infirmière, et Ania, aide-soignante, rapporteront séparément la même histoire d'une femme présumée rom venue aux urgences gynécologiques de l'hôpital L à la suite d'une fausse couche. Selon elles, les accompagnants de la patiente auraient montré peu de compassion. Mathilde dit les avoir invités à quitter la chambre de la patiente. Pour Ania, les accompagnants de la patiente seraient des proxénètes maltraitant la jeune femme.

« Cette fille-là qui avait dix-huit ans, qui était rom et – c'était la semaine dernière – elle avait une mort fœtale, donc on a eu un curetage, elle a eu un curetage, mais moi, j'étais pas présente, c'est mes collègues qui m'ont raconté, et donc je sais pas ce qu'ils [ses accompagnants] ont fait à cette fille parce qu'elle a commencé à avoir une crise, une crise d'angoisse et à mal respirer et elle pleurait en sanglots et, ces gens-là, ils voulaient revenir [dans sa chambre] en se cachant [malgré l'interdiction des soignants] mais on les a vus, ma collègue les a vus donc elle a interdit qu'ils reviennent. Et puis, par la fenêtre, ils ont vu que cet homme et cette femme, ils étaient en train de rigoler en fait, dehors en train de fumer et de rire, donc ça veut dire que y'avait quelque chose qui s'est passé, peut-être que cette femme, cette jeune fille, est-ce que c'est des proxénètes ? On sait pas, tout peut arriver en fait, tout peut arriver ici, parce que... On sait pas, y'a des Roumains, y'a des Roumains et y'a des Roms, mais je pense que c'est, j'ai compris que c'était des Roms. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Sylvie, aide-soignante, revient quant à elle sur son expérience professionnelle dans le service de suite de couche de l'Hôpital L quinze années auparavant. Elle se souvient que le nombre important de jeunes parturientes identifiées comme roms avait conduit les soignants à envisager la possibilité d'un trafic d'enfants – thème très fréquemment relayé par la presse au cours des dernières années⁷⁰⁸. Sylvie

⁷⁰⁷ Voir par exemple : *Un nouveau réseau de prostitution démantelé*, <http://www.lavoixdunord.fr/region/un-nouveau-reseau-de-prostitution-rom-demantele-ia987b0n1180484>, consulté le 14 mai 2013. *Toulouse, la police démantèle un réseau de proxénétisme rom*, <http://www.bfmtv.com/societe/toulouse-police-demantele-un-reseau-proxenetisme-rom-481172.html>, consulté le 14 mai 2013. *Prostitution, quatre membres d'un réseau rom écroués*, <http://www.metrofrance.com/lille/prostitution-quatre-membres-d-un-reseau-rom-ecroues/mlky!S2XYTYG1Gmik/>, consulté le 14 mai 2013. Voir également : Caroline Damiens, « LMSI », *op. cit.*

⁷⁰⁸ Voir par exemple : « *L'ange blond* ». *La tragique histoire de Maria*, <http://www.parismatch.com/Actu/International/La-tragique-histoire-de-Maria-535016>, consulté le 19 mars 2015. *Roms : au cœur d'un trafic d'enfants*, <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/09/21/01016-20120921ARTFIG00673-roms-au-c339ur-d-un-traffic-d-enfants.php>, consulté le 19 mars 2015. *Trafic de bébés roms : interpellations à Bastia et Nancy*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/06/20/trafic-de-bebes-roms-interpellations-a-bastia-et-nancy_4442399_3224.html, consulté le 19 mars 2014. *Un trafic de bébés roms repéré à Marseille et Ajaccio*, http://www.liberation.fr/societe/2013/08/30/un-traffic-de-bebes-roms-repere-a-marseille-et-ajaccio_928290, consulté le 19 mars 2015.

Les auteurs de *Roms & riverains* rapportent les propos d'une femme accusée d'avoir volé son enfant : « "tout le monde, tout le temps, me disait que j'avais volé ma fille. Dès que je prenais le métro, des gens, assis là, que je ne connaissais pas, m'accusaient d'avoir volé Valentina. Juste parce qu'elle a les cheveux blonds. Et parce que les gens croient n'importe quoi sur nous". La crainte insupportable que la police puisse un jour lui "enlever sa fille" la pousse à opter pour une solution radicale : "je lui ai rasé la tête. Comme ça on ne voyait plus qu'elle était blonde. Elle est restée comme ça jusqu'à ce qu'elle soit capable de bien parler, de pouvoir dire 'oui, c'est ma mère'." Transposée à toute autre catégorie de population, pareille anecdote semblerait impossible. Jamais personne, dans le métro ou ailleurs, n'accuserait ouvertement une mère française, anglaise, chinoise ou arabe d'avoir volé l'enfant qui est à ses côtés parce qu'il ne lui ressemble pas beaucoup. Mais Gabriela est rom, et avec les Roms, il semble que l'on puisse tout se permettre. » Eric Fassin, Carine Fouteau, Serge Guichard, et Aurélie Windels, *Roms & riverains*, *op. cit.*, p. 209.

raconte qu'une de ces jeunes femmes s'était fait retirer son enfant par les services sociaux car les professionnels hospitaliers craignaient qu'il ne fasse l'objet d'une vente à un couple étranger.

« Quand je travaillais dans les étages – donc ça remonte à plus de dix ans –, ils avaient été obligés d'enlever un enfant à une jeune maman, je crois qu'elle avait seize ou dix-huit ans parce qu'ils pensaient que, que ce bébé allait être adopté par d'autres personnes, oui, oui ! Non mais, pendant un moment, on a vu beaucoup de ce genre de problèmes, c'est que, en fin de compte, comme les patientes étaient vraiment très jeunes, ils se demandaient si y'avait pas un marché, en fin de compte, les bébés étaient revendus, ah oui, oui, oui ! Mais ça, ça remonte à plus de dix ans donc, même quinze... (...) Je me rappelle de cette histoire parce que ça avait fait du grabuge, parce que, eux, ils [les soignants du service] voulaient récupérer le bébé et ils avaient appelé donc la DDASS à l'époque, parce que, vraiment dans tous ces recoupements qu'ils avaient faits, ils avaient trouvé qu'il y avait vraiment quelque chose de louche donc, du coup, ils avaient enlevé l'enfant pour, après, que vraiment les services sociaux aillent vraiment voir si c'était vraiment le bébé, enfin leur bébé ou pas qu'ils allaient le donner ou le vendre, mais ils pensaient vraiment que c'était pour le vendre, mais c'est vrai que pendant un moment, on a eu beaucoup, on a eu tellement de jeunes patientes qu'ils pensaient qu'il y avait un marché, voilà. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ces différentes histoires n'ont pu faire l'objet d'aucune vérification factuelle, y compris pour les épisodes qui se seraient déroulés il y a peu de temps. Les conclusions auxquelles en arrivent ces soignantes ne sont que leur interprétation personnelle des situations telles qu'elles les perçoivent. La crise d'angoisse de la jeune femme dont parle Ania pourrait aussi bien être expliquée par le fait que la patiente a fait une fausse couche. Océane ne dispose d'aucun élément pour affirmer que l'enfant que porte la jeune femme qu'elle prend en charge est le résultat d'une relation incestueuse, ce ne sont que pures spéculations. De même Sylvie relate des faits qui remontent à quinze ans et dont elle ignore la conclusion. Un nombre élevé de parturientes d'une même origine présumée ne suffit pas à prouver un trafic d'enfants. Pourtant, en dépit de leur invraisemblance, ces rumeurs participent à perpétuer une image amoralisée des femmes identifiées comme roms, manipulées, abusées, exploitées sexuellement par leur communauté. Ces rumeurs s'appuient sur des stéréotypes relatifs à la réputation de délinquants et de trafiquants des « Roms » déjà largement répandus dans la société française, et à l'instrumentalisation sexuelle dont les femmes feraient l'objet dans cette communauté⁷⁰⁹. Nous retrouvons ici les mécanismes décrits par Norbert Elias au

⁷⁰⁹ Tout comme *La rumeur d'Orléans*, accusant des commerçants juifs du centre-ville de chloroformer des jeunes filles afin de les envoyer dans des réseaux de prostitution, a alimenté les stéréotypes et rumeurs antisémites en 1968. Edgar PRUD'HOMME Dorothee | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

sujet de la ville de « Winston Parva »⁷¹⁰ : « *ragoter permet à chacun des membres de l'ancien quartier (les "établis" ou "occupants" pour rendre le mot anglais established) d'affirmer le "charisme positif" de leur groupe et de stigmatiser le "charisme négatif" qui émanerait selon eux des comportements des habitants du nouveau quartier (les « intrus », outsiders).* »⁷¹¹ Ici, les rumeurs au sujet des « femmes roms » permettent indéniablement aux professionnelles de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L d'affirmer leur « charisme positif » au détriment de ces patientes perçues comme perverses, complices de trafics d'enfants ou de réseaux de prostitution. Indéniablement, ces rumeurs « *s'inscrivent dans des stratégies identitaires qui réduisent l'Autre dans la différence dénigrante et posent son extériorité.* »⁷¹² Voyons maintenant de quelles façons ces rumeurs se traduisent en conduites collectives ayant des effets bien réels sur la prise en charge des « femmes roms » dans ce service⁷¹³.

5.2.2. La racialisation des soins gynéco-obstétriques

Ces représentations infantilisantes, dévalorisantes, stigmatisantes des « femmes roms » influencent la façon dont les professionnelles des services de gynéco-obstétrique prennent en charge les patientes qu'elles identifient comme appartenant à ce groupe. Elles guident les pratiques professionnelles concrètes. Pour Alexandra Nacu, « *le partage des patientes en groupes discrets connaissables imposant le cas échéant des conduites à tenir spécifiques rentre tout à fait dans [la] logique du raisonnement clinique [par typification de catégories mutuellement exclusives et par conformation des décisions médicales à ces taxinomies] (...). La culturalisation des populations immigrées permet aussi de donner des principes d'explication de comportements en apparence irrationnels, mais aussi de ramener*

Morin, *La rumeur d'Orléans*, Paris, Éd. du Seuil, 1982. Tandis que Philippe Aldrin nous met en garde : « *il est indéniable que la construction des rumeurs a à voir avec les mythes, les croyances supposées d'une communauté et, plus largement, avec la construction des identités collectives. Pour autant, il faut se garder du travers consistant à surinterpréter les relations entre rumeurs et "inconscient collectif".* » Philippe Aldrin, « Penser la rumeur. Une question discutée des sciences sociales », *op. cit.*, p. 129.

⁷¹⁰ Norbert Elias et John L. Scotson, *The established and the outsiders: a sociological enquiry into community problems*, London, Sage, 1994.

⁷¹¹ Philippe Aldrin, « Penser la rumeur. Une question discutée des sciences sociales », *op. cit.*, p. 129.

⁷¹² Blandine Destremau, « Fadia Nassif Tar Kovacs, Les rumeurs dans la guerre du Liban. Les mots de la violence », *Tiers-Monde*, 2000, vol. 41, n° 163, p. 712.

⁷¹³ « *Non seulement les légendes sont suscitées par des conceptions du monde, des croyances, des perceptions particulières des événements, mais encore, elles suscitent en retour des comportements. L'étude des rumeurs montre que beaucoup d'entre elles se traduisent par des conduites collectives.* » Jean-Bruno Renard, Rumeurs et légendes urbaines, *op. cit.*, p. 124. « *Quelle que soit la véracité de leur contenu, les rumeurs (...) produisent des effets bien réels* » Blandine Destremau, « Fadia Nassif Tar Kovacs, Les rumeurs dans la guerre du Liban. Les mots de la violence », *op. cit.*, p. 712.

l'inconnu au connu. »⁷¹⁴ Le processus de racialisation a ainsi des effets tangibles en matière de conduite à tenir et de traitement des problèmes de santé des patientes identifiées comme roms. C'est ce qu'Estelle Carde appelle la *différentialisation*, c'est-à-dire lorsque « *l'altérité reconnue aux patients entraîne un traitement différentiel.* »⁷¹⁵ Nous allons maintenant observer de quelle façon l'appartenance présumée de certaines patientes à la « communauté rom » est susceptible d'influencer l'administration d'antalgiques lors de leur hospitalisation, l'offre de contraceptifs ou le choix du type de traitement médical dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L.

5.2.2.1. La gestion de la douleur perçue

Si nous avons, à plusieurs reprises, été témoin de différences flagrantes dans la façon dont les enquêtées s'adressent aux patientes des services de gynéco-obstétrique en fonction de leurs origines réelles ou supposées, il nous a été plus difficile d'évaluer l'impact de ces représentations sur les pratiques médicales en elles-mêmes. Toutefois, comme en témoigne notamment le dialogue entre Mathilde et Océane présenté en introduction de ce chapitre, l'appartenance présumée des patientes à un groupe ethnique fournit, aux yeux des professionnels hospitaliers, des indices sur la meilleure façon de les prendre en charge : évaluer leur douleur⁷¹⁶, orienter le diagnostic⁷¹⁷, prévenir les pratiques susceptibles de nuire à leur rétablissement⁷¹⁸ ou encore gérer leur hospitalisation⁷¹⁹.

⁷¹⁴ Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *op. cit.*, p. 117. « *Le syndrome méditerranéen est un jugement négatif porté par des soignants qui se sentent agressés par un comportement qu'ils estiment bruyant, exagéré en rapport avec les normes de discrétion valorisées dans nos hôpitaux.* » Claire Manicot, « L'accueil des étrangers à l'hôpital », *op. cit.*, p. 33.

⁷¹⁵ Priscille Sauvegrain, *Différence de traitement et traitements différentiels - Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, Thèse de sociologie, Université Paris Diderot (Paris VII), Paris, 2010, p. 57.

⁷¹⁶ « On apprend des petites choses, "ah tiens oui, houla ! La Chinoise, troisième par[turition] qui dit rien mais qui contracte, là, ça sent mauvais !" Oui, c'est vrai qu'on apprend beaucoup de choses. » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁷¹⁷ « Les pathologies, parfois sur certaines pathologies, t'en as plus fréquemment chez telle population que d'autres populations. L'exemple c'est, y'a certaines maladies, notamment digestives, qu'on voit plus dans le Maghreb ou le, le bassin méditerranéen que tu ne les verras par exemple en Suède. Donc ça peut t'orienter un petit peu dans le diagnostic, t'orientes, ça peut, mais c'est pas non plus. Après t'as aussi ben évidemment, c'est sûr que le petit Sénégalais qui vit dans le foyer, ben c'est sûr que quand il arrive et qu'il tousse, tu lui mets un masque [pour prévenir les risques de contagion de la tuberculose]. Aussi ça te, ça détermine effectivement la prise en charge. » Dr. Nawel Zaidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁷¹⁸ « Les Chinoises, pour se purifier elles boivent de l'eau chaude, mais sans rien, c'est que de l'eau chaude, alors tu te dis, elle boit pas, pourquoi elle boit pas, mais en fait elle boit pas parce que c'est de l'eau froide qu'on met dans le pichet. Une fois que tu as compris qu'il faut leur donner de l'eau bouillante, dans un verre ou dans un bol et ben elles vont mieux, tu vois c'est bête. » Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁷¹⁹ « [Les Africains] Ils [nous] m'ont donné une bonne leçon, allaiter leur enfant, c'était, ils ont pas besoin d'apprendre ça, ni mettre d'oreiller, c'est, c'est (claque dans ses doigts). » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

L'exemple le plus connu et le plus souvent cité par les enquêtés concerne le « syndrome méditerranéen » dont souffriraient les personnes originaires d'Afrique du Nord. Antoinette Chauvenet en propose une définition, puis souligne son influence sur la façon dont les patients identifiés comme méditerranéens seraient pris en charge : *« il désigne l'habitude culturelle qu'ont les Méditerranéens de se plaindre "exagérément" et avec emphase de leurs maux : un tel syndrome, lorsqu'il est diagnostiqué, signifie une suspicion à l'égard de la demande du malade, pour ne pas dire une accusation de simulation. Sa demande sera par conséquent prise beaucoup moins au sérieux que s'il eût été Français. L'intervention médicale exigera des preuves tangibles et donc des signes d'une maladie bien plus avancée. »*⁷²⁰ On retrouve, dans les propos des enquêtés, cette idée que tous les patients n'exprimeraient pas leurs douleurs de la même façon en fonction de leur appartenance présumée à un groupe minorisé⁷²¹. Les « Roms », contrairement aux patients d'Afrique du Nord, ne se plaindraient qu'exceptionnellement des douleurs physiques qu'ils endureraient.

« Les patients d'Afrique du Nord, ils ont une manière très forte, souvent, d'exprimer leur douleur, très expressifs. Les gens de l'Est, ils prennent beaucoup sur eux, sur la douleur. C'est un peu des généralités, mais c'est ce qu'on peut remarquer, euh, euh, et pas du tout une même manière d'exprimer les peurs face à un traitement, euh, selon un truc culturel, c'est culturel, c'est sûr. Si y'a un truc culturel, je pense que toutes les peurs sont les mêmes, les angoisses sont les mêmes et la douleur est la même. Pour moi, un corps, c'est un bout de viande, donc, euh, y'a pas une plus grande capacité de la douleur quand on est noir, blanc, pauvre. » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

La déduction d'un mode d'expression de la douleur en fonction du groupe d'appartenance présumée du patient interroge l'impartialité des soignants dans l'administration d'antalgiques au cours de l'hospitalisation⁷²². De la même façon

⁷²⁰ Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978, p. 106.

⁷²¹ « On peut en voir un élément fondateur dans un texte qui montre qu'une même douleur, selon le groupe d'appartenance de celui qui l'éprouve, sera ressentie avec une intensité, une signification et une traduction expressive différentes (Zborowski 1958). Cette étude a elle-même donné lieu à deux appropriations quasi-simultanées dans des mondes sociologiques différents : l'opposition entre la vision professionnelle et la vision profane de la maladie (cf. par exemple Freidson, 1970 : not. chap. 12 et 13) et l'approche en termes de "cultures somatiques" (Boltanski, 1971). Toutes deux conservent l'idée d'une construction sociale des émotions et de la douleur, tout en en donnant une interprétation radicalement différente en termes de groupes d'appartenance : alors que Freidson reprend ceux, ethniques, de son compatriote américain, l'auteur français se réfère aux classes sociales. Ces analyses présentent l'avantage de rompre avec l'ethnocentrisme soignant et de déplacer le champ d'investigation des professionnels vers les patients. » Nicolas Belorgey, « "J'oublie de prendre mes médicaments." Les variations de l'observance dans un réseau de soins », *Sociologie santé*, juin 2009, n° 30, p. 287.

⁷²² Ariane Chebel d'Appollonia rapporte les propos de soignants selon lesquels « les africaines ont peur des tables d'accouchement parce qu'elles ont l'habitude d'accoucher accroupies sous un arbre » et « elles supportent mieux la douleur que nous ». Ariane Chebel d'Appollonia, *Les racismes ordinaires*, op. cit., p. 71.

qu'Antoinette Chauvenet soulignait que les patients identifiés comme méditerranéens risquaient de ne pas être pris au sérieux, les représentations que les professionnels rencontrés en gynéco-obstétrique se font des « patientes roms » comme « dures au mal » pourraient les inciter à moins se préoccuper de soulager leurs douleurs⁷²³.

« Les petites patientes roms, non, j'ai pas l'impression non plus, enfin elles montrent pas, enfin, elles sont pas en train de crier quand elles ont des contractions alors que c'est des petites contractions, non, j'ai l'impression aussi qu'elles sont assez dures à la douleur, bon c'est peut-être aussi dans le contexte où elles vivent, c'est pas, c'est pas, tout n'est pas douillet donc c'est pas... Je pense pas qu'elles ont toutes des appartements chauffés avec la télé et le micro-onde, donc c'est une autre, elles sont peut-être plus dures au mal que, voilà. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pour David le Breton, « *la qualité des soins ne saurait être diminuée sous prétexte que certaines catégories sociales seraient plus endurantes que les autres. Tous les usagers doivent bénéficier des recours antalgiques appropriés, selon l'intensité et la nature de leurs maux. Le stéréotype culturel empêche parfois d'entendre et de soulager la douleur. La tendance des soignants à sous-évaluer la douleur de leurs patients et à minorer les traitements antalgiques, s'appuie parfois sur ces préjugés (le « syndrome méditerranéen », par exemple).* »⁷²⁴ Ces patientes présumées roms plus « dures au mal » du fait de leurs conditions de vie supposées bénéficient-elles des mêmes soins en matière de douleur que les autres patientes ? Si l'observation menée dans les services et la façon dont les professionnelles des services de gynéco-obstétrique disent percevoir les « femmes roms » instillent le doute sur ce point, nous ne sommes pas en mesure de démontrer le contraire. Notons toutefois que si c'était le cas, ni les patients « méditerranéens » exprimant leur douleur avec force, ni les patients « roms » souffrant en silence, ne bénéficieraient de l'administration d'antalgiques, et ce pour des raisons tenant à une interprétation racialisante de leur plainte par les soignants. Comme nous allons le voir maintenant, cette influence de la « différence culturelle rom » est tout à fait patente en matière de contraception.

⁷²³ Alors que l'article L. 1110-5 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) affirme que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » Article L. 1110-5 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), <http://cnrd.fr/Loi-no-2002-303-du-4-mars-2002.html>, consulté le 4 mars 2015.

⁷²⁴ David Le Breton, « Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital », *op. cit.*, p. 118.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

5.2.2.2. Un rapport à la contraception présumé « culturellement différent »

Dans le cadre de leurs recherches sur les modalités de prise en charge des femmes migrantes maliennes dans les services franciliens de maternité, Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché constatent que *« le présupposé selon lequel une mère malienne (et plus généralement africaine) est emprisonnée dans sa culture et sa religion, destinée à (et désirant ?) une vie définie par la sexualité et la reproduction, n'encourage pas les sages-femmes à chercher une alternative à ce modèle. »*⁷²⁵ Nous avons également pu constater que la perception des « femmes roms » comme soumises à une « forte culture traditionnelle patriarcale » n'encourage pas les soignantes que nous avons rencontrées dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L à faciliter leur accès à la contraception. Aborder cette question lors de consultations gynécologiques avec des patientes présumées roms est même considéré comme impossible, au motif que la contraception serait complètement extérieure à leur « culture ».

Julia Montiverdi, l'interne de médecine générale qui déclare avoir eu un « coup de cœur » pour les « Roms » lors d'un stage chez un généraliste de la région Ile-de-France, considère que ces patients doivent être pris en charge comme tous les autres, avec le même respect et selon les mêmes règles⁷²⁶. Pourtant, il n'est, selon elle, pas possible d'aborder la question de la contraception avec les « femmes roms » si ces dernières n'en font pas mention les premières.

« La contraception chez les Roms, c'est un truc, juste, déjà t'y connais rien, t'y connais rien, enfin c'est un sujet, c'est-à-dire que c'est pas du tout leur culture, enfin tu vois c'est un truc, aller parler de contraception à des Roms... Il faut que ça naisse d'une envie de leur côté, ça c'est évident. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour Pauline, l'interne de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L, parler de contraception avec les patientes identifiées comme roms est également « très compliqué », mais selon elle, la « culture » ne serait pas le seul obstacle : la « barrière de la langue », les ressources financières et le mode de vie supposé

⁷²⁵ Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *op. cit.*, p. 98.

⁷²⁶ « A partir du moment où on a montré qu'on s'en occupait et qu'ils [les Roms] nous faisaient un peu confiance, enfin moi j'adore, j'adore bosser, enfin je sais pas, c'est des gens qui me touchent à chaque fois et je trouve qu'il y a un truc tellement simple de juste montrer qu'on s'occupe d'eux, qu'on les respecte. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

nomade des « Roms » entraveraient d'un point de vue matériel le recours à la contraception des « femmes roms ».

« Oh ! C'est pas possible [d'avoir des conversations à propos de contraception ou à propos d'IVG avec des patientes roms] parce que la barrière de la langue est vachement... Ah si, alors, contraceptif c'est très compliqué mais IVG oui. Contraception c'est, la contraception ça implique un coût financier qui est beaucoup trop compliqué, enfin là c'est trop compliqué. Alors, après, oui t'as les implants, tu sais les implants qu'on met dans le bras, mais ça implique quand même un certain suivi gynécologique qui est difficilement gérable vu qu'ils voyagent tout le temps. Donc, la contraception c'est un peu compliqué et puis de toutes façons, ça fait pas partie de leur culture, voilà. (...) Faut pas empêcher les gens d'avoir des enfants si ils veulent avoir des enfants, chacun sa vision des choses, enfin moi ça me gêne pas. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

En définitive, en déclarant que la contraception ne fait pas partie de la « culture rom », ces deux professionnelles déduisent de l'appartenance présumée de certaines patientes à cette « communauté » leur volonté « d'avoir des enfants ». Elles refusent par conséquent de s'opposer à ce qu'elles perçoivent comme leur désir de maternité en abordant la question de la contraception lors de consultations gynécologiques. Il s'agit selon elles de respecter les décisions et la liberté de choix de ces patientes présumées roms.

« C'est plutôt [des femmes] qui vont avoir beaucoup d'enfants et qui ont commencé très tôt et qui vont avoir cinq, six enfants. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Or, l'organisation Médecins du Monde s'est penchée sur les raisons pour lesquelles seules 10 % des femmes Roms utiliseraient un moyen de contraception⁷²⁷. Un rapport daté de 2008 apporte les précisions suivantes : « *les femmes [Roms] sont souvent demandeuses d'une contraception mais elles n'osent pas faire la démarche et ne savent pas à qui en faire la demande. Quand elles osent nous en parler c'est souvent à la fin de la consultation, à demi-mot et très gênées. Elles font cette démarche le plus souvent après la seconde ou la troisième grossesse. Nous leur expliquons alors les différences entre les moyens de contraception pour qu'elles puissent choisir seules et en connaissance de cause.* »⁷²⁸ Nous en déduisons que l'attitude des professionnelles que nous avons rencontrées refusant, au nom de la différence culturelle, de proposer des moyens contraceptifs aux femmes qu'elles

⁷²⁷ Données recueillies par les équipes de Médecins du Monde au cours d'une centaine d'entretiens de suivi de grossesse réalisés auprès de femmes Roms de la région Ile-de-France en 2007. *Médecins du Monde auprès des femmes Roms*, op. cit., p. 2.

⁷²⁸ *Ibid.*, p. 3.

identifient comme roms ne fait qu'entraver encore plus l'accès déjà difficile de ces femmes à la contraception – perpétuant ainsi l'image de « femmes roms » ne se réalisant qu'au travers de la maternité.

En revanche, les « femmes roms » sont perçues, par un grand nombre de soignantes du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L, comme ayant couramment recours aux processus d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Ce sujet est, contre toute attente, présenté comme bien moins tabou que celui de la contraception. Il relèverait d'une forme de solidarité au sein de la « communauté féminine » face aux « situations délicates », qui transcenderait les traditions culturelles roms.

« Alors, en revanche l'IVG, oui, oui, j'en ai déjà discuté, mais en fait, ça, elles connaissent, oh oui, bah oui, quand tu te trouves dans une situation délicate et que t'as envie de l'arranger, tu sais trouver les informations là où il faut. Et puis, oui je pense qu'il y a une communauté de femmes très soudées et elles se passent les infos sans problèmes. (...) De toutes façons, c'est au sein de la communauté féminine quoi, (...) une mère adresse sa fille si y'a besoin. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Le rapport de Médecins du Monde note à ce sujet que « 43,3 % des femmes [rroms] avaient déjà avorté à seulement vingt-deux ans d'âge moyen. Le nombre moyen d'IVG par femme est de 1,3 et de 3,3 pour celles ayant déjà subi au moins une IVG. »⁷²⁹ De même, Charlotte Imbert affirme dans sa thèse de médecine que « le taux d'IVG [des femmes roms] à 22 ans est de 2. »⁷³⁰ Pour Madame Renard, la sage-femme cadre supérieure du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L, la procédure d'interruption volontaire de grossesse serait utilisée comme un moyen de contraception de substitution par les « femmes roms ».

« L'IVG à la tradition, à la tradition roumaine et yougoslave, c'est-à-dire que c'est un moyen de contraception qui était utilisé, oui, oui. Je me souviens (...) [du] médecin responsable des PMI IVG dans le 93, qui a fait beaucoup pour tout ce qui est mouvement français pour le planning familial etc., qui allait faire des missions en Yougoslavie et en Roumanie, elle a été très surprise de faire une IVG chez une patiente, c'était sa dix-huitième IVG ! C'est quelque chose d'inimaginable en France, mais à l'époque-là, c'était pas Ceausescu en Yougoslavie, à l'époque de Ceausescu et je pense qu'en Yougoslavie c'était pareil, l'IVG était considérée comme de la contraception. Donc, un rapport à l'IVG qui est complètement différent, voilà mais néanmoins ça reste une grossesse qui survient et qu'on veut pas donc, c'est juste pas les mêmes valeurs. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁷²⁹ « A noter que le manque de suivi de soins post-IVG a des conséquences graves sur la santé des femmes : hémorragies, infections, stérilité et fausses-couches à répétition. » Ibid., p. 4.

⁷³⁰ Charlotte Imbert, Elsa Bidault, Nicolas Goujon, et Bernard Goudet, « Education à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom », *op. cit.*, p. 211.

Pour cette professionnelle, la tradition roumaine ou yougoslave expliquerait que les « femmes roms » utiliseraient les procédures d'IVG comme s'il s'agissait d'un moyen de contraception. Le rapport publié par Médecins du Monde sur ces questions fait également mention des pays d'origine présumée des « Roms », mais souligne surtout le défaut d'information concernant les moyens de contraception pour expliquer le recours à l'IVG par ces femmes. *« Ces données trouvent une part de leur explication dans l'étude de la situation des pays d'origine. En Roumanie, l'interdiction de la contraception et de l'avortement durant la période communiste explique en partie les difficultés que rencontrent aujourd'hui les femmes roumaines en matière de contrôle des naissances. Ainsi, par manque d'informations, seule une minorité de femmes est suivie au cours de sa grossesse. La situation d'extrême dénuement économique et socio-éducatif dans laquelle se trouvent ces femmes renforce leur méconnaissance des moyens contraceptifs. Un manque d'information qui les conduit souvent à recourir à l'IVG. »*⁷³¹ Faute d'informations sur les moyens de contraception auxquels elles pourraient avoir accès, ces patientes auraient recours aux procédures d'interruption volontaire de grossesse comme moyen de contrôle des naissances – ce qui est contradictoire avec l'idée soutenue par les enquêtées du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L selon laquelle les « femmes roms » se réaliseraient au travers de la maternité. Or, comme le souligne Madame Renard, le recours répétitif aux procédures d'IVG ne serait pas sans risque pour la santé des patientes⁷³².

« Bah ça change quelque chose [pour nous en tant que soignants], c'est que ça multiplie les risques au fur et à mesure, c'est-à-dire que vous pouvez pas encourager une femme à faire des IVG. D'abord parce que ça reste douloureux même si c'est différent comme douleur, je pense quand même que c'est pas rien que d'être enceinte et d'interrompre sa grossesse, ça c'est vraiment quelque chose. Tout ce que j'ai conclu, moi, de mon séjour au planning familial c'est de me dire, si possible d'éviter ça, parce que c'est vraiment... J'en ai vu aucune [patiente] qui le fasse avec le sourire, quoi qu'on en dise, et donc y'a une notion de, de oui, de douleur qu'elle soit physiquement ou psychologique, de risques médicaux pour les grossesses ultérieures, de complications et de risques d'accouchements prématurés et autres. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁷³¹ Médecins du Monde auprès des femmes Roms, op. cit., p. 4.

⁷³² Notons que le site du gouvernement français consacré à l'information sur l'interruption volontaire de grossesse ne mentionne que de « rares complications » suite aux processus d'IVG chirurgicales et aucune concernant les IVG médicamenteuses. *Toute l'information sur l'Interruption Volontaire de Grossesse*, <http://www.sante.gouv.fr/ivg-chirurgicale.html>, consulté le 4 mars 2015.

En refusant, au nom du respect de la différence culturelle, de parler de contraception avec les patientes présumées roms qu'elles reçoivent en consultation, ces professionnelles ne feraient dès lors que renforcer et perpétuer indirectement les rapports de domination dont elles estiment ces femmes victimes dans leur « communauté ». Tout en blâmant les « traditions culturelles » patriarcales qui assujettiraient les femmes perçues comme roms, ces enquêtées se refusent, au nom de la « différence culturelle », à leur proposer un moyen d'émancipation tel que la contraception. L'adaptation de la pratique professionnelle à la « différence culturelle rom » aboutit finalement ici à la perpétuation du stéréotype de la « femme rom » confinée dans un rôle maternel. La non-proposition⁷³³ de contraceptifs fondée sur une perception racialisante des « femmes roms » de la part des professionnelles produit un traitement différentiel discriminatoire.

5.2.2.3. L'adaptation du traitement médical des « femmes roms »

Lorsqu'ils abordent la question de l'adaptation des soins à la « différence culturelle » des patients, les professionnels que nous avons rencontrés parlent en général implicitement d'une adaptation de la partie relationnelle du soin : comment s'adresser au patient, ce que peut signifier telle ou telle attitude ou façon de s'exprimer dans sa « culture », etc. Pour les médecins en particulier, il serait *a priori* absolument inconcevable de modifier « le geste technique » en fonction de la culture présumée des patients. L'adaptation de la partie technique du soin constituerait à leurs yeux une forme de discrimination raciale.

« Je pense qu'il est essentiel de s'adapter à une différence culturelle dans le rapport que tu as avec un autre humain, mais pas forcément dans la [technique], mais jamais dans le geste, euh, j'ai toujours les mêmes réflexes de geste. » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

« On traite un individu, on ne traite pas un organe. Quand on est cardiologue, on traite le cœur mais on traite aussi un individu avec ses particularités à prendre en compte parce que c'est d'abord une matière humaine. C'est particulièrement humain, la médecine, comme activité donc on traite un être humain avec ses caractéristiques propres. On est obligés d'en tenir compte. Mais l'égalité est totale, vraiment ça ne me viendrait pas à l'esprit... » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

⁷³³ Philippe Warin, *Le non-recours: définitions et typologies*, Grenoble, Observatoire des non-recours aux droits et services, 2010, p. 6.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

En réalité, la dichotomie est moins nette que ces médecins ne la présentent : que signifie exactement tenir compte des particularités d'un patient lors de sa prise en charge médicale ? En quoi son appartenance présumée à une « culture » particulière influence-t-elle les décisions que les médecins prennent lors de la prise en charge ? En dépit de ses déclarations sur « l'égalité totale », le docteur Amanroche, chef du service de réanimation de l'Hôpital public G, cite deux exemples concrets de la façon dont l'origine réelle ou supposée de ses patients est susceptible d'influencer ses décisions médicales et techniques. Il justifie ces traitements différentiels par la dimension éthique de sa spécialité, la réanimation.

« On ne prend pas en charge de la même façon quelqu'un qui est français de souche et quelqu'un qui a toujours habité et vient d'arriver du Maghreb ou de je ne sais où. (...) Sur le plan médical, il y a aucune différence, mais sur le plan des décisions, lorsqu'il y a des différences d'ordre éthique, je pense qu'il faut intégrer la culture des gens que nous avons, qui n'ont pas forcément la même que la nôtre. On voit bien entre nous [médecins du service] qu'il y a des différences. Y'a quand même la façon de voir qu'est-ce que la vie : ma collègue, pour elle, si c'est pour vivre avec une jambe en moins, ce n'est pas la peine de vivre ; et puis d'autres, comme mon collègue (...), il irait jusqu'à... Et, entre les deux, il y a tous les intermédiaires. Comment est-ce qu'on conçoit les choses ? En médecine, il y a quand même à prendre en considération le malade lui-même. Il y a l'organisme et il y a le malade lui-même, le malade, sa culture, ses coutumes. Qu'est-ce qu'il a envie de faire plus tard ? Est-ce qu'il est entouré ? Les cellules familiales, c'est pas du tout les mêmes. Vous voyez très peu de femmes musulmanes dans les maisons de retraite, elles sont dans leur famille, c'est un exemple. Ça change la façon de prendre en charge, les décisions à prendre. (...) Vous avez un exemple même technique : il faut remplacer la valve cardiaque d'un patient, il vient du Maghreb et il va repartir au Maghreb. Vous êtes obligé de lui faire une bioprothèse parce que il n'aura pas de suivi de ses anticoagulants [au Maghreb], alors que le traitement le meilleur serait de lui mettre une valve. Mais une valve, ça veut dire un suivi des anticoagulants à vie, avec des prises de sang tous les trois ou quatre jours, etc., ça, il ne l'aura jamais au Maghreb. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Le fait que ce patient ait l'intention de retourner vivre au Maghreb après l'opération influence la décision du docteur Amanroche quant au type de valve cardiaque qu'il choisira. De plus, les traditions familiales présumées de ses patients guident sa pratique médicale : il estime ainsi que les procédures de réanimation peuvent être davantage poussées dans le cas d'une patiente d'origine maghrébine (réelle ou supposée), dont il *sait* qu'elle sera de toutes façons prise en charge par sa famille à sa sortie d'hôpital, contrairement aux patients « français de souche ».

« On sait que dans telle culture, la malade aura beau être ceci, cela, elle sera entourée, elle restera le bonheur de la famille, ce qu'ils veulent c'est être à côté, même si elle... au moins elle est là, encore vivante. Ou alors, c'est une famille française de souche et, dans le meilleur des cas, elle est en maison de retraite, de repos. Il y en a très peu qui vont les

prendre à la maison. Donc [dans le cas de la patiente maghrébine] on sait qu'il y a des solutions d'accueil à la sortie parce que on sait très bien qu'il y a une famille qui ne la laissera jamais tomber. Mais il y a le Français moyen où on sait très bien que si on demande : "est-ce que vous voudriez prendre votre mère avec vous? ", "Non, non, non ! Vous la mettez où vous voulez [mais] chez moi c'est trop petit, je travaille, je n'ai pas la place. Si vous pouviez le faire à ma place ça serait génial". C'est ça la diversité du culturel (...), ici on a une diversité culturelle et on peut s'adapter. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Pour le docteur Amanroche, l'adaptation à la différence culturelle présumée des patients concerne donc également des gestes techniques, des décisions purement médicales. Nous retrouvons une conception similaire de l'« adaptation » du soin à la différence culturelle des « femmes roms » dans les propos de Pauline, l'interne de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L. Dans un premier temps, elle explique que s'« adapter à la culture des gens » qu'elle reçoit consiste à faire preuve de souplesse. Elle cite l'exemple d'une femme présumée rom qu'elle a laissé rentrer chez elle à l'issue de la consultation – afin qu'elle puisse organiser la garde de ses enfants –, au lieu de l'hospitaliser comme lui commandaient les règles médicales de sécurité. Selon elle, cette décision s'imposait, malgré les risques encourus.

« Il faut être, peut-être, un petit peu plus souple et puis, il faut juste s'adapter à la culture des gens, pas être obtus et pas s'arrêter à ce que tu peux avoir comme connaissances du fait de ta formation occidentale à la faculté. (...) Concrètement, j'ai reçu une dame [rom] ce matin [dont la grossesse] était à terme, qui avait une tension complètement déséquilibrée. Et, classiquement, c'est le genre de patiente que tu as vraiment envie d'hospitaliser, il est hors de question qu'elle fasse l'aller-retour chez elle. Mais cette patiente ayant les moyens qu'elle a, elle est mère de au moins trois enfants, avec quatre enfants dont le plus âgé a sept ans et elle les avait laissés tous à la maison, seuls, le temps de venir à l'hôpital, alors qu'elle sait très bien qu'il y a des risques qu'elle soit hospitalisée. Cette patiente, que j'aurais très bien pu, à qui j'aurais très bien pu dire "écoutez, c'est hors de question que vous quittiez l'hôpital", ben c'est le genre de patiente auquel tu vas t'adapter, à tes risques et périls, parce que c'est vrai que tu prends des risques à laisser cette patiente faire l'aller-retour pour gérer la garde de ses enfants, mais en même temps, c'est comme ça, t'as pas le choix, et c'est pas en entrant dans le conflit que ça va s'arranger. Donc, tu prends quelques libertés par rapport au raisonnement scientifique et aux règles médicales de sécurité, on va dire (*sourire*), pour t'adapter à tes patientes et faire au mieux pour que ça se passe bien parce que, comme toujours, il faut établir un climat de confiance avec les patientes pour que ça marche quoi. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Mais, l'adaptation de sa pratique médicale à la différence culturelle présumée des « femmes roms » ne consiste pas uniquement en une certaine « souplesse » dans son raisonnement scientifique et l'application des règles médicales de sécurité. Pauline déclare également prendre en compte l'origine réelle ou supposée de ses patientes pour arrêter ses décisions médicales. Elle revendique la nécessité, dans certains cas, d'un traitement différentiel. Par exemple, dans le cas des « femmes

roms », elle explique choisir systématiquement l'opération chirurgicale, au détriment du traitement médicamenteux, en cas de grossesse extra-utérine (GEU). Comme nous l'avons vu précédemment⁷³⁴, les grossesses extra-utérines présentent un risque vital pour les patientes ; ces dernières doivent, par conséquent, faire l'objet d'un suivi médical minutieux. D'après Pauline, les faibles compétences linguistiques⁷³⁵ et les conditions de vie précaires des patientes qu'elle identifie comme roms constituent autant de risques en cas de traitement par injections. Pour ces raisons, et quelle que soit leur condition médicale, elle admet volontiers leur appliquer un traitement différentiel au motif de leur appartenance présumée au groupe rom et opter pour la solution chirurgicale.

« On va les traiter différemment [les patientes roms]. Alors tu sais, c'est le genre de patiente que tu vas préférer opérer pour ne prendre aucun risque parce que c'est... Le traitement médical de la grossesse extra-utérine, il est complètement contre-indiqué chez une patiente qui comprend pas, qui vit dans des conditions précaires et qui risque des choses, qui risque sa vie à ne pas être traitée dès que tu l'as vue. Donc c'est des patientes qu'on va opérer en fait (...). Si tu suspectes une GEU, tu fais revenir la patiente toutes les 48h, en revanche une fois que tu as fait le diagnostic, tu as le choix entre un traitement médical par une injection d'un médicament qui s'appelle le méthotrexate, ou par une intervention chirurgicale. Le choix se fait en fonction de la gravité de la GEU à savoir le terme, la, le taux de l'hormone de grossesse, la taille de la masse de la GEU si tu la vois, mais aussi sur des critères... sociaux comme la précarité, la capacité à comprendre la langue dans laquelle tu parles et la capacité à comprendre le diagnostic et les risques encourus, donc, donc voilà. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Nous observons donc que « *les soignants [que nous avons] interrogés identifient le traitement différentiel. Ils ne le pensent pas discriminatoire mais justifié.* »⁷³⁶ Dans les deux cas exposés ici, Pauline parle des patientes présumées roms comme d'un « genre de patientes » auquel elle devrait adapter sa pratique professionnelle. Elle revendique la nécessité d'un traitement différentiel pour ces patientes qu'elle identifie comme roms au motif de l'efficacité de leur prise en charge. Pourtant, l'appartenance réelle ou supposée de ces femmes au groupe « rom » semble surtout constituer un indice de leur situation socio-économique, et ce sont des caractéristiques sociales, bien plus que « culturelles », qu'elle énumère pour

⁷³⁴ Voir *infra*, « la médecine vétérinaire », pp.339-347.

⁷³⁵ Notons que la possibilité de faire appel à un interprète n'est pas évoquée par Pauline, alors même qu'il s'agit d'une situation susceptible d'entraîner un risque vital pour la patiente.

⁷³⁶ Priscille Sauvegrain, *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, op. cit., p. 57.

expliquer ses décisions d'un traitement médical différentiel⁷³⁷. Comme le note Priscille Sauvegrain au sujet de la prise en charge médicale et paramédicale des femmes perçues comme africaines, « *l'identification de différences physiques ou physiologiques supposées de certaines femmes, combinée à l'imputation de différences culturelles, à des perceptions plus ou moins stéréotypées de leurs modes de vie et à l'identification de "problèmes" posés par certaines patientes aux professionnels, aboutissent à la construction de catégories ethnicisantes en périnatalité. (...) Ces processus de racisation, ayant des effets sur les trajectoires de soins des femmes, se développent dans un domaine d'activité qui se pense hors du racisme et veut combattre l'exclusion en travaillant au bon état de santé global des individus.* »⁷³⁸ Ici, Pauline, qui se dit « très proche, très à l'écoute » de ses patientes au risque de les « mater »⁷³⁹ et revendique l'aspect politique de sa profession⁷⁴⁰, reconnaît traiter différemment certaines patientes au motif de leur appartenance présumée au groupe « rom ». Pour Ariane Chebel d'Appollonia, « *il peut y avoir du racisme sans hostilité, par une essentialisation positive du racisé. Cela constitue même le socle de la forme historico-culturelle du différentialisme actuel qui, sous couvert d'ethnicité, de folklorisme ou d'exaltation du métissage sous toutes ses formes, impose des étiquettes à des individus qui n'en demandent pas tant.* »⁷⁴¹ Les processus de racialisation à l'œuvre dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L ont ainsi des conséquences directes sur la qualité de la prise en charge, l'offre de soin, mais également le type de traitement proposés aux patientes présumées roms.

Un aspect frappant de ces prises en charge de « femmes roms » dans ce service de gynéco-obstétrique est l'absence de dialogue et, par conséquent, de consentement aux soins. Qu'il s'agisse de la gestion de la douleur, de l'offre de contraception ou

⁷³⁷ Anne Paillet emploie à ce propos l'expression « pronostics socio-économiques ». Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 86.

⁷³⁸ Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des "Africaines" en Ile-de-France: racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 24 octobre 2012, vol. 28, n° 2, p. 95.

⁷³⁹ « En gynéco, on est vachement habitué à prendre les gens dans la globalité, peut-être qu'on materne beaucoup trop nos patientes, je sais pas, mais on est souvent... très... très proches et très à l'écoute de la, du moindre souci, enfin on va toujours tout faire pour les arranger etc. » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁷⁴⁰ « J'aime la femme, je suis hyper contente d'être un médecin de la femme, de son plus jeune âge à son âge le plus avancé et j'adore le côté politique de ma profession, je me vois pas, je me vois pas faire ça autrement. Alors oui, les IVG, le cancer du sein, la contraception, nan, ça c'est hyper important » Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁷⁴¹ Ariane Chebel d'Appollonia, *Les racismes ordinaires*, op. cit., p. 26.

du choix du traitement, les professionnelles que nous avons rencontrées s'appuient sur l'idée qu'elles se font de la « culture rom » pour prendre leurs décisions médicales sans même en informer les patientes concernées. Or, comme le souligne Anne Laude, *« la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est indubitablement celle qui a eu pour ambition de poser les fondements d'une démocratie sanitaire. Pour assurer cet objectif, le législateur affirme au bénéfice de la personne malade un certain nombre de droits individuels qui s'articulent symboliquement autour de droits fondamentaux de l'homme tel le droit au respect de la dignité, le principe de non-discrimination, le droit au respect de la vie privée, et se prolongent au travers de droits à l'information, au consentement, à l'accès au dossier médical et à l'indemnisation. Ainsi, nombre de dispositions qui apparaissaient antérieurement dans le code de la santé publique en tant qu'obligations du médecin sont désormais érigées en droits pour le patient. La portée et la force juridiques en sont totalement inversées. (...) Récemment encore, la loi du 21 juillet 2009, mentionnant dans son titre même l'intérêt porté au patient, a introduit des dispositions visant à l'éducation thérapeutique, aux sanctions du refus de soins d'un patient bénéficiaire de la CMU et à la garantie de l'accès de tous à des soins de qualité. »* L'attitude et la pratique des professionnelles que nous avons rencontrées dans ce service de gynéco-obstétrique contreviennent de façon flagrante à ces dispositions, violant les droits des patientes présumées roms. Voyons maintenant, comment est-ce que, confrontés à la présence de nombreux accompagnants présumés roms, les professionnels hospitaliers sont bien davantage enclins à la négociation, au compromis voire au laisser-faire.

5.3. Laisser-faire et compromis face aux « grandes familles roms »

Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes notent, suite à leurs recherches menées dans les hôpitaux portugais, que *« dans le cas des Tsiganes, toutes les personnes interrogées reconnaissent qu'il existe de la part des médecins, des infirmiers, des aides, des agents de sécurité et même des forces policières, une certaine permissivité face au non-respect des règles hospitalières. La grande majorité invoque la peur des ripostes ou l'intimidation provoquées par la dimension du*

groupe comme raison de cette passivité face à la transgression des règles et usages ordinaires par les Tsiganes. »⁷⁴² Le constat est globalement le même dans les établissements franciliens enquêtés. Comme nous l'avons vu dans le cadre du quatrième chapitre, les « Roms » sont perçus par les enquêtés comme appartenant à de « grandes familles » susceptibles d'envahir et de s'approprier les services de santé à l'occasion de l'hospitalisation de l'un de leurs proches. Ces accompagnants présumés roms se comporteraient alors « comme chez eux » à l'hôpital, malgré les nombreux rappels à l'ordre des membres des équipes soignantes. La dimension collective de la présence « rom » à l'hôpital donne fréquemment lieu à des assouplissements dans l'application des règles de fonctionnement des services hospitaliers. Nous allons maintenant étudier la façon dont le personnel hospitalier s'adapte à cette présence collective. Que faire pour continuer à travailler lorsque le service est « envahi » par les membres d'une famille présumée rom ? Comment adapter la pratique professionnelle à cette « spécificité culturelle » des usagers présumés roms ?

Tout d'abord, nous allons étudier une pratique informelle que nous avons retrouvée dans tous les services enquêtés et qui nous a été confiée à de multiples reprises comme la méthode indispensable pour gérer la présence des « grandes familles roms » dans les services hospitaliers : la désignation d'un interlocuteur principal. Nous constaterons que cette pratique informelle présentée comme un savoir-faire tient davantage du laisser-faire, puisque, par respect pour la différence culturelle présumée des « familles roms », les professionnels hospitaliers acceptent que cet interlocuteur soit désigné par le groupe dans son entier et non par le seul patient concerné. Finalement, ce laisser-faire entraîne la transgression des règles de confidentialité et de désignation de la personne de confiance par le patient.

Puis, nous nous intéresserons au cas particulier de la présence d'accompagnants roms lors du décès d'un de leurs proches à l'hôpital. Cette situation unanimement décrite comme « ingérable » nourrit de nombreuses craintes chez les professionnels hospitaliers, et notamment les directeurs d'hôpital et les directrices de soins. Le nombre, mais aussi l'agressivité et les exigences spécifiques des accompagnants du défunt identifié comme rom poussent ces professionnels à

⁷⁴² Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *op. cit.*, p. 54.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

chercher des compromis, voire à renoncer à l'application des règles institutionnelles en matière de décès dans l'établissement. Les enquêtés témoignent de leur impuissance et du laisser-faire auquel ils sont contraints dans ces « situations hypersensibles ».

5.3.1. La désignation d'un interlocuteur principal : savoir-faire ou laisser-faire ?

La présence collective des accompagnants présumés roms est décrite comme une source de difficultés professionnelles par les membres des équipes soignantes. L'encombrement des espaces communs, le bruit, l'agitation qui en découleraient, mais également l'accaparement des personnels hospitaliers par ces proches du patient hospitalisé entraveraient le fonctionnement des services de soin⁷⁴³. Les enquêtés avouent se sentir assez démunis face à l'« envahissement » de leur service par ces accompagnants présumés roms.

« C'est vrai que [quand les Roms viennent à l'hôpital] c'est en surnombre, c'est, y'a beaucoup d'accompagnants, donc du coup, ça fait des salles d'attente qui sont hyper chargées, très bruyantes, dans des moments de stress et tout ça ou, avec trente-six interlocuteurs pour un même enfant. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Une seule solution nous a été répétée dans tous les services enquêtés pour tenter d'atténuer ces difficultés : la désignation d'un interlocuteur unique au sein du groupe familial désigné comme rom. Présentée comme une adaptation à la différence culturelle des « Roms », cette technique informelle présente l'avantage de faciliter considérablement le travail des soignants lors de ces prises en charge qualifiées de difficiles. En effet, l'interlocuteur présumé rom est alors chargé par l'équipe soignante de transmettre les informations relatives au patient à ses proches réunis, mais également de maintenir le calme au sein du groupe familial et de faire respecter les règles de fonctionnement du service. Les soignants procèdent donc, par le biais de cette désignation, à une délégation d'une partie de leurs tâches. Toutefois, de l'aveu des professionnels que nous avons rencontrés,

⁷⁴³ Au cours de l'enquête de terrain, nous avons observé, à trois ou quatre reprises, l'arrivée et l'« installation » d'une famille désignée comme rom à la Clinique privée E ou à l'Hôpital public A. La présence de quinze à vingt accompagnants dans une salle d'attente, sur le parking des urgences ou dans la cafétéria de ces établissements ne passe pas inaperçu et provoque effectivement une agitation inhabituelle (hausse du niveau sonore des conversations, réduction du nombre de places assises disponibles, départ d'autres usagers, etc.). En revanche, nous n'avons jamais été témoin de comportements « insistants », « harcelants » ou violents de la part d'accompagnants présumés roms envers des professionnels hospitaliers.

l'efficacité de ce savoir-faire informel dépend principalement de la légitimité de l'interlocuteur en question au sein du groupe identifié comme rom. Les enquêtés présentent ainsi comme une adaptation à la « différence culturelle rom » la reconnaissance du « chef » désigné par le groupe familial lui-même. Or, ce laisser-faire contrevient directement aux droits de la personne hospitalisée, aussi bien en termes de confidentialité que de libre choix de sa personne de confiance. Dissimulée sous un discours de respect de la différence culturelle présumée des « Roms », cette pratique informelle sert en réalité les intérêts fonctionnels de l'équipe soignante au détriment des droits fondamentaux du patient.

5.3.1.1. Un savoir-faire face à l'envahissement des services

Une élève-infirmière décrit, dans son travail de fin d'études, l'envahissement du service dans lequel elle effectue un stage par des accompagnants désignés comme Gens du voyage, puis comme Gitans. Elle explique le malaise qu'elle ressent devant ce qu'elle présente comme de la désinvolture de la part de l'équipe soignante face à l'inquiétude de ces accompagnants envahissants : *« ma première situation se passe lors de mon stage de deuxième année aux urgences, nous avons accueilli M. D, 35 ans, appartenant à la communauté des Gens du voyage, pour suspicion de rubéole. Pendant l'entretien d'accueil, la famille restait présente malgré les demandes répétées de l'équipe de sortir de la chambre du fait de la contagiosité. Suite à l'admission de M. D, une dizaine de personnes est arrivée entraînant un non-respect des consignes d'isolement. Un des membres de la famille nous expliqua qu'ils ne pouvaient laisser un des leurs souffrir seul et que tout le monde se devait d'être présent. Pendant les transmissions avec l'équipe de l'après-midi, l'infirmière dit : "chambre 109, c'est un gitan qui a la rubéole, comme à chaque fois, toute la famille est présente dans la chambre et ils ne veulent pas partir, de toutes façons il n'y a pas de soin particulier à lui faire, il sera transféré dans un autre service dans l'après-midi". Rien de plus... Les propos de l'infirmière sur ces personnes en situation d'inquiétude face à leur proche hospitalisé, m'ont mise mal à l'aise. »*⁷⁴⁴ Comme nous l'avons vu dans le cadre du chapitre précédent, les professionnels hospitaliers se disent souvent submergés par

⁷⁴⁴ Aurore Beghennou, *La relation interculturelle à l'hôpital*, op. cit., p. 2.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

la présence et l'insistance des accompagnants présumés roms. La remarque de cette élève-infirmière reflète un sentiment partagé par la grande majorité des équipes soignantes que nous avons rencontrées. Afin d'y faire face, tous les professionnels hospitaliers interrogés disent appliquer la même règle informelle : faute de parvenir à maîtriser la présence envahissante de ces accompagnants présumés roms, ils cherchent systématiquement à identifier un interlocuteur principal parmi eux. Premier objectif poursuivi : « cadrer » les « grandes familles roms », les « canaliser » en leur rappelant les règles de fonctionnement des services.

« Dès le début où on a ouvert ce service, on a tous été d'accord pour dire qu'on ferait pas entrer les familles. Donc, quand c'est comme ça, ils [les soignants] m'appellent pour que j'aie "faire la police", entre guillemets, bon, soit tu vas voir celui que tu connais, que je connais le mieux, soit tu vas voir le "doyen", entre guillemets, en lui expliquant les règles, en lui disant que y'aura pas de soucis, qu'on va les informer, que dès qu'ils pourront, ils pourront la voir mais que là, il faut nous laisser faire notre travail. » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

« Il faut avoir le bon interlocuteur parmi eux [les membres d'une famille rom], voilà, c'est tout. Faut trouver le bon (*rires*) qui va canaliser. (...) On demande, on peut leur demander "qui est le chef?" on va dire et après ça, en général ils comprennent. (...) Mais si vous arrivez à les canaliser et à trouver le bon interlocuteur, globalement ça se passe bien, globalement ça se passe bien. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

D'autre part, la désignation d'un interlocuteur unique facilite le travail d'information et de communication des équipes soignantes avec les proches du patient présumé rom. Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes relèvent la même « stratégie » de la part des soignants portugais : *« la plupart des professionnels suit une stratégie d'adaptation à ce public [rom]. Il s'agit fondamentalement d'une stratégie de communication qui se propose de contenir les désordres causés par l'envahissement du groupe et de diminuer les possibilités de friction. Cette stratégie consiste à demander au groupe de nommer un interlocuteur privilégié, auquel les techniciens de santé s'adresseront pendant la durée du séjour du malade à l'hôpital. »*⁷⁴⁵ Pour le docteur Amanroche, cet interlocuteur doit être capable, à la fois d'imposer le calme aux accompagnants présumés roms, mais également de leur transmettre, voire de leur traduire, les informations médicales concernant leur proche hospitalisé.

⁷⁴⁵ Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *op. cit.*, p. 55.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

« Alors habituellement, dans les familles nombreuses, il y a souvent un chef et c'est souvent le même. Donc il parle français, parce que des fois ils ne parlent pas français, donc 1/ qui parle le français, 2/ qu'il ne soit pas idiot, qu'il comprenne les choses, et 3/ c'est lui qui s'impose dans la famille, il s'impose comme étant le référent. Donc ça devient notre référent et on dit aux familles que ça devient notre référent. "On vous a expliqué la pathologie, ce qui est prévisible, ce qu'on va faire, donc maintenant chaque fois qu'on va parler, on partira de cette base-là. Vous, vous allez passer l'information éventuellement la traduire, nous on parle avec nos mots de médecine et vous vous allez retraduire". » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Cette pratique permet aux membres des équipes soignantes de ne pas avoir à répéter, à chacun des membres de la famille du patient identifié comme rom, les informations relatives à son état de santé, les examens qu'il va subir, les conditions dans lesquelles il devra être hospitalisé, etc.

« Sur le plan logistique, c'est vrai que c'est plus facile quand y'a qu'un seul accompagnant parce que on a qu'une seule personne à qui donner des nouvelles. Hier, y'a une dame qu'est venue accompagnée de quatre de ses amis. Quand le quatrième vient te voir pour la quatrième fois pour te demander des nouvelles, c'est pénible quoi. A un moment donné, tu peux pas euh donner des nouvelles à tout le monde et prendre le temps pour expliquer correctement à tout le monde, donc voilà. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« En général, dès que y'en a deux ou trois [accompagnants roms] qui arrivent, moi, je leur dis "stop ! On veut qu'une seule personne qui ensuite donne l'information [aux autres]", que nous, on est vraiment dans l'incapacité, à partir du moment où on a, voilà, donc on choisit une personne. » Dr. Halima Younes, 40 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Soulignons qu'il n'est pas rare qu'un patient soit accompagné, comme dans les exemples cités précédemment, de trois ou quatre accompagnants. Pourtant, au cours de la phase d'observation dans les services, nous n'avons entendu parler de cette technique de désignation d'un interlocuteur unique qu'à propos d'un seul autre « groupe familial » mis à part les « Roms », il s'agit des « familles turques » à l'Hôpital public G. Dans tous les autres cas, qui sont extrêmement nombreux, les contacts avec les accompagnants des patients hospitalisés se déroulent sans la désignation et l'intervention d'un interlocuteur unique.

Cette technique essentiellement utilisée avec les « grandes familles roms » présente ainsi de nombreux avantages pour les professionnels hospitaliers. Dans tous les établissements enquêtés, les membres des équipes soignantes nous ont répété à l'envi les intérêts de cette technique apprise sur le terrain, ce savoir-faire qui se transmet entre initiés ayant déjà pris en charge des familles présumées roms.

5.3.1.2. Un laisser-faire par respect pour la différence culturelle rom

La désignation d'un interlocuteur unique au sein des « grandes familles roms » est présenté par les enquêtés comme un savoir-faire professionnel, une réponse technique élaborée pour faire face à ces situations jugées récurrentes d'envahissement des services par les accompagnants de patients présumés roms. Pourtant, l'analyse des modes concrets de désignation de cet interlocuteur montre qu'il s'agit bien davantage d'un laisser-faire que d'un savoir-faire. En effet, tous les enquêtés s'accordent à dire qu'il est absolument indispensable, pour que cette « stratégie » soit efficace, de faire en sorte que l'interlocuteur « rom » se désigne lui-même ou bien qu'il soit désigné par les membres de son groupe. Camille Boissieu, élève-directeur d'hôpital, raconte ainsi avoir appris à ses dépens comment choisir un interlocuteur parmi les accompagnants présumés roms.

« [Ce] que je ne savais pas, par rapport à la population rom, c'est qu'ils ont beau être très nombreux, y'a toujours un chef et ça ne sert à rien de dialoguer pendant un quart d'heure (...) avec la personne qui – je trouvais – avait une bonne tête (...). Donc la deuxième fois que ça m'est arrivé [de prendre en charge une famille rom], tout de suite, je suis arrivée, j'ai dit "qui est le chef ? ", (...) [et] ça s'était beaucoup mieux passé, on a pu avoir un dialogue, peut-être parce que je m'y suis beaucoup mieux prise. » Camille Boissieu, 32 ans, élève directeur d'hôpital.

D'après la plupart des enquêtés, pour s'assurer de la légitimité de celui qui sera l'interlocuteur unique de l'équipe soignante, il est donc essentiel de laisser les membres du groupe « rom » désigner celui qui sera leur « représentant », leur intermédiaire.

« Tu ne choisis pas [l'interlocuteur], tu leur demandes "est-ce que vous avez un représentant ? Est-ce que vous avez quelqu'un à qui on peut dire les choses ? Parce qu'on ne peut pas répéter cent fois la même chose, parce que vous êtes nombreux. Trouvez entre vous une personne qui vienne nous voir régulièrement, on lui donnera l'information qu'elle pourra dispatcher". » Lucie Tandraya, 44 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

Le fait de laisser le groupe choisir son « représentant » garantit la légitimité et la responsabilité de cet interlocuteur⁷⁴⁶. De plus, pour les auteures portugaises citées précédemment, « *étant donné que la personne élue par le groupe a une autorité consentie qui découle généralement de son statut familial, la délégation du pouvoir peut être partagée entre le médecin et le groupe. Cette stratégie a*

⁷⁴⁶ La même stratégie de « recours au chef » a été observée par Olivier Bouvet et Stéphane Floch dans des services d'urgences et de maternité des régions Pays de Loire et Ile-de France. Olivier Bouvet et Stéphane Floch, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants », *op. cit.*, p. 272.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

l'avantage de recourir aux caractéristiques culturelles des Tsiganes en tant qu'instrument de facilitation de la relation, et démontre une approche flexible, à l'intérieur des mises sous condition existantes, dans le contact avec la diversité culturelle. »⁷⁴⁷ Il s'agirait par conséquent d'une forme d'adaptation de la pratique professionnelle à la diversité culturelle présumée des « familles roms ». Pierre-Alain Brustlein, directeur d'hôpital, considère en effet qu'accepter un interlocuteur désigné par les membres du groupe présumé rom permet de « faire passer l'idée d'une acceptation des règles du groupe ».

« Par exemple, il y a une règle complètement débile mais fondamentale : il faut trouver le négociateur du groupe, celui qui a l'autorité, et comment on fait ? Et bien il faut juste demander "avec qui est-ce que je peux discuter ?" Ça suffit à faire passer l'idée d'une acceptation des règles du groupe. » Pierre-Alain Brustlein, ~60 ans, directeur d'hôpital, entretien exploratoire.

Cette pratique informelle permettrait ainsi implicitement une reconnaissance de la différence culturelle des « familles roms », garantissant la légitimité de l'interlocuteur choisi et, par conséquent, la tranquillité des équipes soignantes. Les professionnels de la Clinique E soulignent tous de quelle façon le « système du docteur [Pahn] » qui consiste à se rapprocher du « chef de la tribu » leur permet de mieux gérer la présence des accompagnants présumés roms dans l'établissement.

« Au début, je me méfiais un peu d'eux, je ne connaissais pas la communauté rom, on a eu que des mauvaises réputations sur eux. Et puis, quand je travaillais de nuit aux urgences, on a souvent eu des problèmes avec eux, mais pas qu'ils sont agressifs, ils sont collants, ils viennent embêter, ils ramènent un patient et il y a cinquante accompagnants. Et puis, j'ai vu un système du docteur [Julien Pahn], il a créé une amitié avec eux. Moi, je ne savais pas avant qu'il y avait un chef [parmi les Roms]. Après, on me l'a montré, on m'a dit que c'était lui le chef, j'ai créé un certain lien d'amitié avec lui. Et avant, il m'avait dit une chose "[Yazid], si t'as un souci avec quiconque tu viens me voir". Donc, eux aussi, quand ils ont vu que j'ai un lien d'amitié avec le chef, ils sont devenus amis avec moi. Moi, je m'entends très bien. Dès que je leur dis de sortir ou, ils sortent tout de suite. Parce qu'ils savent que si ils ne sortent pas, j'en parle au chef et ils vont avoir des problèmes. (...) Ça marche très bien. Donc dès que je vois que quelqu'un commence à être agressif, je m'éloigne parce que souvent le chef est toujours là. Je ne sais pas si t'as remarqué mais il est tout le temps-là, tout le temps. » Yazid, 42 ans, aide-soignant, service d'urgences, Clinique privée E.

Yazid explique utiliser l'autorité du « chef rom » afin de maintenir l'ordre dans le service des urgences de la Clinique E. De même pour sa collègue Nolwen, la présence du « chef de la tribu » permet de calmer le jeu.

« Les Gens du voyage, ils ont leurs habitudes, eux, c'est clair, ils ont leurs habitudes. Y'a un chef souvent dans le groupe avec qui on fait la relation. C'est le chef, le chef de la tribu

⁷⁴⁷ Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *op. cit.*, p. 55.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

je l'appelle souvent comme ça. C'est lui qui fait l'intermédiaire, qui calme un peu le jeu. Parce que y'en a des fois qui sont très imposants, ils sont difficiles certains, (...). Donc, lui [le chef] souvent il est là pour faire l'intermédiaire tout simplement. » Nolwen, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Clinique privée E.

Fabienne, infirmière aux urgences de l'Hôpital public L, explique avoir appris aux urgences de la Clinique E la nécessité de « parler au chef » pour prendre en charge un patient appartenant à la « communauté roumaine ». La façon dont elle décrit les relations qu'elle établit avec cet intermédiaire illustre un bénéfice secondaire de cette pratique : les professionnels n'ont alors pas à « produire l'assentiment »⁷⁴⁸ des proches du malade, ils se contentent d'informer le « chef » de leurs décisions.

« Tu le demandes, tu dis "je veux parler au chef", il arrive. Je l'ai fait hein, ouais, ouais, je savais qui c'était, mais tu fais semblant que tu sais pas, et tu dis "il est où votre chef ?" et, tout de suite, il arrive, il sait qui c'est et tu lui dis, tu lui parles qu'à lui, tu lui dis "elle [la patiente] reste là [en hospitalisation]". » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

S'en remettre au « chef rom » est donc une solution très largement répandue dans les services observés car susceptible, au dire des enquêtés, de satisfaire toutes les parties en présence. Pour ces derniers, accepter comme interlocuteur unique celui qui se présente comme le « chef » de la « famille » du patient, constituerait une forme d'adaptation à la différence culturelle des « Roms ». Or, si ce laisser-faire présente de nombreux avantages pour les professionnels hospitaliers qui peuvent alors déléguer une partie de leurs tâches de communication et de maintien de l'ordre à cet intermédiaire *ad hoc*, il est néanmoins susceptible d'entraîner des dérives en matière de respect des droits du patient.

5.3.1.3. Du laisser-faire au laisser-aller

La désignation d'un interlocuteur unique chargé de recueillir les informations relatives à l'état de santé, aux procédures médicales et aux modalités d'hospitalisation du patient, puis de les transmettre au groupe familial « rom », mais également de maintenir le calme dans le service, est clairement un moyen efficace de réduire la charge de travail pour les professionnels hospitaliers. Les membres des équipes soignantes peuvent alors déléguer une partie de leurs tâches d'information et de maintien de l'ordre du service à cet interlocuteur unique. Cette pratique doit toutefois être interrogée du point de vue des droits du patient.

⁷⁴⁸ Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort*, op. cit., p. 250.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

La limite la plus évidente est celle du non-respect de la désignation du référent par le patient. En effet, dans le champ sanitaire et social, le droit à la confidentialité de l'information concernant l'état de santé du patient, le diagnostic et les protocoles de traitement, ainsi que la protection de sa vie privée est reconnu dans la Déclaration sur la promotion des droits du patient en Europe adoptée par l'Organisation mondiale de la santé en mars 1994⁷⁴⁹. Ce droit a ensuite été introduit dans le Code de la santé publique français par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi apporte d'importants bouleversements en plaçant le malade au centre de toutes les décisions qui le concernent. Ainsi, l'article L. 1110-4 dispose que « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* »⁷⁵⁰ L'article L. 1111-6 du code de la santé publique ajoute que « *lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.* »⁷⁵¹ Or, d'après ce que nous avons constaté dans les services, il est extrêmement rare que la désignation de l'interlocuteur principal d'une « famille rom » soit le résultat du choix du patient hospitalisé. Parmi les professionnels interrogés, seule le docteur Claire Moreau déclare demander systématiquement au patient quelle personne il souhaite désigner comme référent.

« Moi, je parle toujours au patient ou la patiente, après je demande à cette personne si y'a quelqu'un à qui je dois communiquer des nouvelles dans la salle d'attente, si on me dit "oui, y'a tout un groupe", je dis "non, je préfère que vous choisissiez quelqu'un qui sera la personne de référence", et voilà. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Le recours au « chef » du « groupe rom » se passe le plus souvent de l'assentiment du patient concerné. De plus, en acceptant la médiation du « chef rom », les professionnels hospitaliers admettent implicitement l'exclusion des autres membres de la famille des discussions ou négociations concernant le patient. Dans

⁷⁴⁹ *Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe: Consultation Européenne sur les Droits des Patients*, Amsterdam, Organisation mondiale de la Santé - Bureau régional pour l'Europe, 1994.

⁷⁵⁰ « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) », *op. cit.*

⁷⁵¹ *Ibid.*

l'exemple suivant, la patiente présumée rom est mineure. Conformément à la loi relative aux droits du malade de 2002, ses parents sont donc légalement responsables des décisions prises concernant sa santé⁷⁵². Pourtant, le docteur Dupetit met en évidence, dans son témoignage, le fait que le « chef » prend les décisions concernant les modalités d'hospitalisation de cette patiente à la place de ses parents (ces derniers « n'avaient pas vraiment leur mot à dire »).

« C'était compliqué parce que c'était aux lit-portes, donc la petite [patiente rom], on l'avait déjà mise aux lit-portes, et donc ils [les accompagnants] sont tous arrivés, et ça été une négociation euh, vraiment une grosse négociation et puis finalement, si mes souvenirs sont bons, les parents n'avaient pas vraiment leur mot à dire mais c'était plutôt un mec qui avait l'air d'être un peu celui qui chapeautait tout le monde qui a fini par décider "ok", et donc, du coup, il disait "on revient demain 8 heures", et on leur a dit "non, les visites, c'est 13 heures", et donc on avait dû négocier "ok midi machin", et finalement on avait réussi à avoir ce qu'on voulait, c'est-à-dire garder l'enfant pour lui faire sa petite injection, sa première ou sa deuxième injection d'antibiotique avant de le faire rentrer, mais voilà c'était une grosse négociation en groupe quoi (...), avec lui finalement qui avait tranché, et lui qui était très véhément et qui faisait peur à tout le monde. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Notons la peur que cet interlocuteur principal suscite, d'après le docteur Dupetit, chez les membres de l'équipe de soin comme parmi les membres de son propre « groupe familial ». Une autre situation, dont nous avons été témoin aux urgences aux urgences de la Clinique privée E, atteste de l'habitude que les soignants qui y travaillent ont de faire appel au « chef » plutôt qu'aux proches des patients présumés roms. Une patiente désignée par l'équipe soignante comme rom est reçue dans le service pour un problème gynécologique. Elle est accompagnée, lors de son enregistrement administratif, de deux personnes – un homme qui se présente comme son mari et une jeune femme. A l'extérieur du service, un homme d'une soixantaine d'années fait les cent pas. Yazid, aide-soignant du service, m'indique qu'il s'agit d'un « chef rom ». La patiente est installée dans un box pour examen, ses accompagnants, ainsi que le « chef rom », s'assoient en salle d'attente. Avant de recevoir la patiente en consultation, le docteur [Pahn] fait un signe dans leur direction, le « chef rom » se lève, entre dans le bureau et assiste à l'entretien –

⁷⁵² Art. L. 1111-2 de la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. (...) Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. » « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) », *op. cit.*

contrairement au mari de la patiente par exemple⁷⁵³. On voit ici que la domination de ce « chef » sur les membres du groupe familial fait l'objet d'une véritable institutionnalisation de la part de l'équipe soignante des urgences de la clinique. Ce faisant, ces derniers renoncent volontairement à faire respecter les droits des patients qu'ils identifient comme appartenant à cette « famille rom » afin de préserver l'ordre dans le service.

Cette adaptation à la différence culturelle perçue des « familles roms » facilite certainement la prise en charge des patients présumés roms pour les membres des équipes soignantes. Toutefois, le laisser-faire des professionnels hospitaliers quant à la désignation du « chef rom » comme interlocuteur principal soulève de nombreuses questions quant au respect des droits des patients identifiés comme roms.

5.3.2. Le laisser-faire comme seule option face au décès d'un « Rom »

Il est une circonstance particulière au cours de laquelle l'envahissement des services hospitaliers par les accompagnants présumés roms est jugé à la fois inévitable et absolument « ingérable » par les enquêtés : il s'agit du décès d'un patient présumé rom. Cet événement, très redouté parmi les soignants que nous avons rencontrés, constitue le cas le plus évident de « laisser-faire » des professionnels face à la différence culturelle présumée des accompagnants identifiés comme roms. En effet, les professionnels hospitaliers – en particulier les chefs et cadres de service mais également les membres de la direction (DSSI, directeurs d'hôpital) – affirment systématiquement leur impuissance face à ce type de « situation hypersensible ». L'envahissement de l'établissement par les proches du défunt présumé rom est alors décrit par les enquêtés comme incontrôlable : les règles classiques de gestion des décès à l'hôpital ne pourraient alors être mises en œuvre, des concessions aux règlements intérieurs seraient inévitables.

⁷⁵³ Carnet n°4, service d'urgences, Clinique privée E, 29/06/2010.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

5.3.2.1. Le décès d'un « Rom », une « situation hypersensible »

Tous les professionnels rencontrés qui ont dû « gérer » le décès d'un patient présumé rom disent en garder un souvenir très vif. Dès les premiers entretiens exploratoires, il est évident que cette question tient une place particulière dans l'imaginaire des soignants. Thérèse Dumonteil, aujourd'hui à la retraite, a longtemps été en charge de la chambre mortuaire d'un établissement francilien. Elle explique que les difficultés entraînées par l'arrivée de nombreux accompagnants présumés roms dans le service faisaient l'objet de rumeurs parmi les membres des équipes soignantes. Selon elle, les professionnels hospitaliers craignaient tous d'avoir à gérer ce genre de situation : « ils disent "et si c'était moi... ?" »⁷⁵⁴.

« C'est le premier exemple qu'on vous cite, c'est les plus terribles. » Thérèse Dumonteil, ~60 ans, cadre supérieure, responsable de chambre mortuaire, retraitée, entretien exploratoire.

De même, Samuel Reynier, directeur d'hôpital en région parisienne, décrit la gestion du décès d'un patient présumé rom comme un événement particulièrement redouté parmi ses homologues.

« Gérer le décès d'un gitan, il n'y a rien de plus complexe, ça donne des situations hypersensibles. » Samuel Reynier, ~40 ans, directeur d'hôpital, entretien exploratoire.

La première difficulté citée par les enquêtés tiendrait à l'envahissement du service, voire de l'établissement, par les proches du défunt identifié comme rom. Les membres des directions d'établissements que nous avons rencontrés mettent l'accent sur le nombre très élevé d'accompagnants présumés roms qui afflueraient dès que la nouvelle du décès commencerait à circuler. Les directrices des services et soins infirmiers (DSSI) et les directeurs d'hôpital que nous avons interrogés à ce sujet parlent fréquemment de plusieurs dizaines de « Roms » envahissant l'établissement.

« Par contre, les Roms, ça pose des problèmes à l'hôpital, quand un Rom important, respecté meurt dans un hôpital, ils viennent à cinquante avec des exigences particulières, le directeur qui est de garde, son week-end est foutu ! » Pierre-Alain Brustlein, ~60 ans, directeur d'hôpital, entretien exploratoire.

« [Les Roms] ils ont une tradition de groupe, quand il y a un décès, il y a cent personnes dans l'heure qui suit. » Thérèse Dumonteil, ~60 ans, cadre supérieure, responsable de chambre mortuaire, retraitée, entretien exploratoire.

⁷⁵⁴ Thérèse Dumonteil, ~60 ans, cadre supérieure, responsable de chambre mortuaire, retraitée, entretien exploratoire.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Une revue professionnelle infirmière explique cet afflux d'accompagnants par la « spécificité culturelle » des « familles roms » : « *il est d'usage que la personne [tsigane] meure au milieu des siens et de la communauté qui la veille. Toute la famille entoure le défunt pour une veillée funèbre qui dure aussi longtemps que nécessaire. C'est pourquoi, lorsqu'elle survient en milieu hospitalier, la mort d'un des membres de la communauté est très difficile à supporter pour le groupe.* »⁷⁵⁵

Mais le nombre d'accompagnants n'est pas le seul problème identifié. Plusieurs professionnels interrogés soulignent, dans un deuxième temps, la peur que ce type de situation suscite chez les membres des équipes soignantes. Ces derniers disent craindre la suspicion et l'agressivité des membres de ces « familles roms » lors du décès d'un de leurs proches⁷⁵⁶. D'après la cadre du service de réanimation de l'Hôpital public G, les accompagnants présumés roms auraient ainsi « toujours l'air de dire qu'on n'a pas fait ce qu'il fallait faire ».

« Alors, pour les équipes, c'est en général une grande peur, les équipes ont peur de cette prise [en charge], je l'ai encore remarqué ici, dans quelques situations, elles ont peur parce que très, très rapidement, les communautés [roms] se, se rassemblent et sont vindicatives et menaçantes. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

« Alors, eux [les Roms] par contre, quand il y a des décès, ça ne se passe pas toujours très bien. (...) Des familles très présentes, parfois très agressives... [Ils pensent que, si leur proche est décédé] c'est qu'on n'a pas fait tout ce qu'il fallait faire, ça ne se passe pas toujours très bien mais bon... (...) Des familles très agressives mais, des fois, je me demande si c'est pas une façon de, une manifestation culturelle, l'agressivité dans ces cas-là. (...) Ils sont très agressifs quand ça se passe mal. Toujours l'air de dire qu'on n'a pas fait ce qu'il fallait faire. (...) Des fois, on a l'impression qu'ils ont un manque de confiance. Mais ils ont tellement l'impression, en tout cas en réa[nimation], qu'on va les ressusciter, qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils meurent. » Dominique Trzepizur, 48 ans, cadre infirmier, service de réanimation, Hôpital public G.

Le docteur Damien Roger, médecin urgentiste à l'Hôpital G, raconte la prise en charge, au cours d'une intervention du SMUR, d'un patient qu'il identifie comme rom en arrêt cardiaque. Il parle d'un « mouvement de masse » « hystérique » pour décrire la réaction des membres de la « communauté » réunis autour du malade et fait un parallèle avec la scène finale du roman de Patrick Süskind, *Le Parfum* ; scène au cours de laquelle le personnage principal se fait littéralement mettre en pièces par une foule rendue folle.

⁷⁵⁵ Emmanuelle Stitou et Jean-Claude Guiraud, « La mort et le deuil dans les communautés tsiganes », *La revue de l'infirmière*, avril 2012, vol. 61, n° 180, p. 28-29.

⁷⁵⁶ Voir chapitre 3, pp.207-218.

« C'est des expériences qui sont pas trop difficiles avec eux [les Roms], sauf quand c'est quelqu'un qui est important dans leur communauté. Alors une ou deux fois ça a été difficile, parce que là, c'est l'hystérie ! C'est un mouvement de masse, c'est hystérique ! (...) Je pense à un exemple précis, pour un arrêt cardiaque, à l'étage, toute la famille était massée. Donc au fur et à mesure où nous on essayait de faire le massage cardiaque, les gens arrivaient. (...) A un moment donné, j'ai délégué et je suis descendu. La première impression, on se sent comme, pas agressé, mais il y a une impression... Il y a une expression qui me vient, quand on lit le livre de [P. Süskind]... "Le Parfum", à la fin il est... On se sent un peu dans cette position. (...) Voilà, on a vraiment l'impression qu'on va se faire manger, dans le langage, c'est vraiment l'impression que j'ai eue. » Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Lorsqu'elles abordent cette question dans le contexte portugais, Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes remarquent également l'étonnement que suscite chez leurs enquêtés *« la manière avec laquelle les Tsiganes extériorisent leurs émotions dans un contexte de souffrance. Toutes les personnes interrogées distinguent les Tsiganes du reste de la population usagère par leurs manifestations des émotions, qualifiées d'"expansives", de "bruyantes" et même d'"hystériques". »*⁷⁵⁷ Ces manifestations collectives de tristesse et de souffrance face au décès d'un proche heurteraient, d'après les auteures, les normes comportementales des populations majoritaires (soignants et soignés) et transgresseraient la règle implicite de contrôle des émotions – qui est la principale tâche qui incombe au patient selon A. Strauss⁷⁵⁸. En d'autres termes, pour les professionnels que nous avons rencontrés, les accompagnants présumés roms manqueraient de « tenue », au sens d'E. Goffman⁷⁵⁹, à l'occasion du décès d'un proche. D'après cet auteur, *« Ceux qui parlent fort, qui crient ou qui chantent empiètent sur le droit des autres à la tranquillité et révèlent en même temps une absence de maîtrise de leurs sentiments inconvenante. »*⁷⁶⁰ L'« hystérie » et l'agressivité dont les accompagnants présumés roms feraient preuve lors du décès d'un de leurs proches sont considérées par les enquêtés comme une manifestation de leur différence culturelle présumée.

⁷⁵⁷ Joanna Afonso et Maria José Lobo Antunes, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *op. cit.*, p. 52.

⁷⁵⁸ Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek, et Carolyn Wiener, « The work of hospitalized patients », in *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers., New Brunswick, NJ, 1997, p. 191-209.

⁷⁵⁹ « J'appelle tenue cet élément du comportement cérémoniel qui se révèle typiquement à travers le maintien, le vêtement et l'allure, et qui sert à montrer à l'entourage que l'on est une personne douée de certaines qualités, favorables ou défavorables. Dans notre société, l'individu qui se tient "bien", "convenablement", manifeste des attributs tels que : discrétion et sincérité ; modestie dans ses prétentions ; esprit de compétition et loyauté ; contrôle de ses paroles et de ses gestes ; maîtrise de ses émotions, de ses appétits et de ses désirs ; sang froid dans l'adversité et ainsi de suite. (...) Notons une fois encore que la tenue implique des attributs dont l'origine est dans l'interprétation que font les autres d'une conduite lors d'un rapport social. » Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, *op. cit.*, p. 68.

⁷⁶⁰ *Ibid.*, p. 73.

Enfin, un troisième élément ferait du décès d'un patient identifié comme rom un événement redouté par les professionnels hospitaliers : il s'agit des exigences spécifiques formulées par les accompagnants. Pour le docteur Julien Pahn, coordinateur des urgences de la Clinique E, les « Roms » souhaiteraient par exemple pouvoir ramener le patient agonisant en Roumanie afin qu'il puisse « mourir au pays ».

« Et ils [les Roms] ont des codes très spécifiques à leur communauté : quelqu'un qui doit mourir, il faut qu'ils l'amènent en Roumanie. Alors, on essaie de les soigner au mieux et, quand on leur dit que, là, c'est fini, ils n'attendent pas qu'ils meurent, ils les mettent dans la voiture et partent en Roumanie. Ça, pour nous, des médecins occidentaux, c'est impensable. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Dans le même ordre d'idées, le responsable de la chambre mortuaire de l'Hôpital public G déclare qu'il ne s'occupe jamais des défunts qu'il identifie comme gitans car « la famille vient immédiatement chercher le corps pour le ramener dans sa roulotte »⁷⁶¹. La cadre du service d'orthopédie de l'Hôpital public A raconte qu'au début de sa carrière, dans un autre établissement francilien, une « famille rom » aurait dérobé le corps de leur proche décédé à la morgue afin de « respecter leurs rites funéraires »⁷⁶². Enfin, Madame Lemoine, la directrice du service des soins infirmiers de l'Hôpital public L, raconte qu'alors qu'elle était de garde, un patient identifié comme rom est décédé dans le service de réanimation de l'établissement. « J'habitais à moins de cinq minutes de l'hôpital en voiture, le temps que j'arrive, ils étaient déjà en train d'emmener le corps sur leur dos ! »⁷⁶³ Elle parvient à convaincre les proches du défunt de laisser le corps à l'hôpital, mais sous certaines conditions : « on a dû conserver le corps plus de vingt-quatre heures dans le service, alors que normalement c'est pas plus de deux heures, parce qu'ils ne voulaient pas qu'on le descende à la chambre mortuaire »⁷⁶⁴.

La Charte de la personne hospitalisée dispose qu'« *en cas de décès dans l'établissement de santé, la dépouille de la personne décédée est déposée dans la chambre mortuaire de l'établissement ou, à défaut, dans celle d'un autre établissement. En l'absence de chambre mortuaire, le défunt peut être transféré hors de l'établissement dans une chambre funéraire à la demande de la famille ou*

⁷⁶¹ Carnet n°4, Chambre mortuaire, Hôpital public G, 26/05/2010.

⁷⁶² Carnet n°6, Service d'orthopédie, Hôpital public A, 15/11/2010.

⁷⁶³ Carnet n°8, Direction de l'établissement, Hôpital public L, 30/01/2012.

⁷⁶⁴ Ibid.

à la demande du directeur de l'établissement, s'il lui a été impossible de joindre la famille dans un délai de dix heures à compter du décès. »⁷⁶⁵ Or, de nombreux témoignages attestent du fait que ces règles ne sont pas respectées dans le cas de défunts identifiés comme roms. Face aux manifestations culturelles des « Roms » confrontés au décès d'un de leurs proches, le laisser-faire et l'abandon des règles classiques de gestion des décès, sont alors considérés comme la seule solution envisageable par les professionnels que nous avons rencontrés.

5.3.2.2. L'abandon des règles classiques de gestion d'un décès

Tous les enquêtés qui ont abordé cette question du décès d'un patient présumé rom soulignent la nécessité de faire des concessions par rapport aux règles classiques de gestion d'un décès à l'hôpital. En premier lieu parce que le nombre très élevé d'accompagnants rendrait quasiment impossible le respect des règles habituelles de gestion des décès. Le docteur Nawel Zaidi raconte ainsi comment ses collègues auraient simulé des gestes de réanimation sur un patient identifié comme manouche, déjà décédé, pour « éviter l'émeute sur place ». Elle explique qu'il est parfois nécessaire de faire des « choses qu'on ne fait pas », de « calculer un petit peu » pour faire face à des situations de ce type, potentiellement explosives.

« J'ai déjà été dans un camp de Manouches [avec le SMUR], prendre en charge un patient, j'ai jamais eu de problème, mais j'ai eu des collègues où ils ont été obligés de prendre le patient dans le camion, le ramener aux urgences, alors qu'il était décédé sur place, chose qu'on ne fait pas, chose qu'on ne fait pas ! (...) Je sais plus si c'était une agression ou est-ce que... ? Je crois que c'était une agression. Il est décédé sur place, mes collègues ont dit que, en fait, ils ont simulé une réa[nimation], ils l'ont ramené aux urgences et ils ont annoncé son décès uniquement aux urgences afin d'éviter justement l'émeute sur place. (...) Je crois que c'était une agression, donc ils voulaient pas que les gens, les Manouches, soient évidemment touchés, affectés par cette mort, et puis surtout qu'il y ait pas une émeute euh de, tu vois, de règlement de comptes sur place. Ils l'ont ramené aux urgences. Ça, tu es parfois amené à calculer un petit peu comment tu dois prendre en charge des situations un petit peu difficiles, alors en fonction effectivement de leur, de leur contact. »
Dr. Nawel Zaidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

En ramenant le corps de ce défunt présumé rom à l'hôpital pour y prononcer le décès, les collègues du docteur Zaidi ont ainsi trouvé un moyen de ne pas avoir à affronter l'expression collective de tristesse et de colère des proches de cette victime d'agression.

⁷⁶⁵ *La Charte de la personne hospitalisée, op. cit.*
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Madame Müller, directrice des soins à l'Hôpital public A, explique quant à elle comment l'établissement de santé dans lequel elle travaillait s'est trouvé entièrement paralysé, en une heure, suite au décès d'un jeune « gitan ». D'après elle, il est parfois difficile, dans de telles circonstances, de s'adapter « à des rites et des cultures » différents.

« C'est pas toujours simple de s'adapter, pour des tas de raisons, à des rites et des cultures, parce que c'est pas aussi votre fonctionnement, et que ça peut avoir des impacts sur un fonctionnement hospitalier. (...) Je pense à plusieurs situations que j'avais vécues mais dont une en particulier : des accidentés de voiture, des jeunes, sur une population de gitans. Et donc, c'était un évènement vraiment catastrophique : y'avait eu trois décès de deux jeunes, là, dans la banlieue, et je travaillais à [l'hôpital public V]. Et donc on a dû accueillir, ça avait été dispatché sur les hôpitaux et, nous, on avait dû accueillir un jeune qui est arrivé qui est décédé au bloc opératoire. Et, en fait, quand on me l'a annoncé, j'ai dû finalement mettre à disposition une chambre de patient, que j'ai dû vider, parce que la famille arrivait. Et, en fait, en une heure de temps, l'hôpital s'est retrouvé paralysé par des centaines de voiture de gitans qui sont arrivés sur l'hôpital, qui laissaient leurs voitures devant les urgences, comme ça, et montaient dans les services. Et j'ai dû appeler l'administrateur de garde, parce qu'on s'est retrouvés envahis, avec une famille de gitans, donc il a fallu trouver le bon interlocuteur avec qui on pouvait discuter parce qu'évidemment, vous imaginez bien qu'avec les parents, c'était pas possible. Et ça été un oncle, on a dû trouver une salle à part, pour qu'il négocie avec la famille qu'ils repartent, on dégage les urgences. Voyez, c'est quand même y'a longtemps et c'est une situation qui m'avait beaucoup, beaucoup marquée, pour des tas de raisons. » Mme Müller, ~55 ans, directrice des soins, Hôpital public A.

Pour elle, il est absolument nécessaire de trouver un équilibre entre le respect dû à la famille (« il y a rien de pire que la mort, et la mort d'un jeune de vingt-cinq ans, pour des parents c'est épouvantable ») et les contraintes de fonctionnement de l'établissement. Or, l'affluence subite de plusieurs dizaines ou centaines d'accompagnants présenterait un risque pour la continuité des soins, comme par exemple lors de l'obstruction des urgences provoquée par le stationnement des véhicules d'accompagnants présumés roms. De même, Mme Lemoine, directrice du service des soins infirmiers de l'Hôpital L, explique qu'elle a dû procéder à l'évacuation du service de réanimation de l'établissement afin de protéger les autres patients du service, alors envahi par les proches d'un défunt identifié comme rom.

« Il est arrivé pendant une de mes gardes à [l'Hôpital L] de faire appel à la sécurité de l'hôpital d'abord, puis à la police ensuite, pour faire évacuer la famille lors du décès d'un patient [rom] dans le service de réanimation. (...) C'était, c'était, là, là, là y'avait une menace de sécurité qui était, y'avait deux cents personnes dans l'hôpital, de la communauté et tous voulaient rentrer dans le service, tous voulaient voir et ça n'était pas possible, ne serait-ce que pour le reste des patients, donc le cadre de nuit ne pouvait pas se faire comprendre, ne pouvait pas se faire entendre et, les gens affluaient, affluaient, affluaient donc, (...) avec la cadre de nuit nous avons dit que l'on allait faire évacuer et, et qu'on

acceptait deux personnes de la famille proche auprès du corps, on a accepté de le garder, de ne pas le mettre en, en amphithéâtre⁷⁶⁶, ce qui n'est pas évident dans un service de réa[nimation] mais il faut bien, faut bien comprendre aussi jusqu'où on peut aller. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

Toutes les deux mentionnent le fait que les proches de ces défunts présumés roms auraient refusé que les corps soient installés en « amphithéâtre » (ou chambre mortuaire). Les directrices des soins auraient alors dérogé à la règle précisée dans la Charte de la personne hospitalisée et accepté que le corps repose dans une chambre du service. Le directeur adjoint de la Clinique privée E explique, quant à lui, que les défunts présumés roms ne seraient pas envoyés au funérarium comme les autres, principalement pour des raisons financières. Devant le nombre important de membres de ces « grandes familles roms » qui se présentent dans l'établissement pour la levée du corps, il prêche pour une démarche pragmatique.

« Le vrai problème c'est que, comme il y a un problème économique, les patients [roms] ne sont pas envoyés au funérarium parce que ça coûte. Les toilettes mortuaires sont faites ici et, comme c'est des grandes familles, il m'est arrivé d'avoir cent personnes en bas, pour gérer la morgue à l'occasion, c'est pas adapté pour accueillir autant de gens. (...) Mais, si vous voulez, tout le monde a rendez-vous ici pour la levée du corps et cent personnes en bas dans un couloir. On a déjà mis à disposition notre grande salle de réunion. Moi, je suis arrangeant, mais (...) [Madame Guillet, la directrice] elle est pas opérationnelle comme moi, elle ne voit pas d'un bon œil de commencer à ouvrir les portes. Faut être pragmatique, qu'est-ce qu'on propose? On va pas dire "non, vous ne venez pas à la levée du corps", non, on prête notre salle de réunion. ... Et puis, on laisse tomber. Mais c'est vrai que c'est la spirale, on [les Roms] pousse[nt] toujours plus. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

Ces compromis permettraient de maintenir le calme parmi les accompagnants présumés roms, voire d'obtenir l'évacuation – au moins partielle – du service où est décédé le patient. Il est toutefois des situations où il n'est pas possible, soit faute d'option, soit parce que toute négociation est considérée comme vaine, de parvenir à un compromis.

Camille Boissieu, élève-directeur d'hôpital, alors attachée de direction dans un groupe hospitalier parisien, dit avoir été confrontée à une situation au cours de laquelle les accompagnants d'une défunte présumée rom refusaient que le corps soit transféré en chambre mortuaire et demandaient à ce qu'il repose dans sa chambre d'hospitalisation jusqu'à ce qu'ils puissent légalement le faire sortir de l'établissement, le lendemain matin. Malheureusement, la température extérieure

⁷⁶⁶ Chambre mortuaire.

très élevée – facteur accélérant le processus de décomposition des corps – ne lui permettait pas d’accéder à cette demande. Sans aucune option à sa disposition, elle a dû négocier de longues heures pour obtenir le placement du corps en chambre mortuaire (réfrigérée) jusqu’au lendemain.

« C’était une, la maman [rom] d’une, une maman qui était décédée et ils ne voulaient absolument pas qu’il y ait de soins de conservation. Et ils ne voulaient même pas que je descende le corps à la chambre froide sauf qu’il faisait assez chaud, c’était en plein été et que laisser dans une chambre, déjà on l’a mis dans une chambre double mais sans personne à côté, donc on avait libéré un lit qui est potentiellement occupé par un autre patient, donc c’est compliqué alors que nos urgences sont pleines, euh ils voulaient, on ne pouvait pas le sortir, sortir le corps puisqu’on était sur horaires de nuit mais il a dit "si vous ne la laissez pas sortir, je veux que vous la laissiez dans cette chambre sans soins de conservation" et avec la chaleur, etc., c’était impossible. Et puis bon après, bon je t’épargne les détails macabres mais un corps, voilà, il se passe beaucoup de choses après le décès, donc du coup il a fallu dialoguer pour dire en gros, je n’avais aucune option à leur proposer, tu vois ce que je veux dire ? » Camille Boissieu, 32 ans, élève directeur d’hôpital.

A une autre occasion, elle dit n’avoir eu d’autre solution que de laisser faire les membres d’une « grande famille rom » qui avait décidé d’emmener le corps de leur proche le jour même, malgré l’interdiction légale. Faute de solution dans le guide de l’administrateur de garde et devant l’insistance de très nombreux accompagnants, elle a regardé les membres de la « famille rom » transporter le défunt, enroulé dans un tapis, en dehors du service.

« La première expérience que j’ai eue qui m’a beaucoup marquée, c’était le vol d’un cadavre, puisque on m’a appelée en soirée, par une équipe je crois de médecine interne, où les infirmières et les médecins étaient très, très embêtés car il y avait eu un décès et ils [les membres de la famille rom] voulaient absolument partir avec le corps mais nous on avait pas forcément, on pouvait pas faire sortir en dehors de certaines horaires, je crois que c’est de mémoire après la fermeture, enfin, en gros quand la morgue est fermée le soir et les week-ends, on ne peut pas faire sortir les corps sans, en pleine nuit, il faut forcément faire un lien avec les pompes funèbres et là c’était impossible. Donc c’était, ils étaient en très grand nombre, je me souviens quand je suis arrivée dans le service ils étaient très, très nombreux, (...) je dirais cinquante, soixante. (...) Y’en avait partout, partout, partout. (...) Naïvement j’avais sorti, quand ils m’avaient appelée chez moi, j’avais ouvert mon beau guide de l’administrateur de garde où ils rappellent les règles mais où ils t’expliquent surtout pas [que faire] quand les gens veulent partir en forcing avec un cadavre, ça tu l’as pas cette option, t’as pas la fiche, t’as beau chercher, tu n’as pas ! Donc moi, je lui dis [à l’accompagnant rom] "Monsieur, vous ne pouvez pas", il me répondait "mais si je vais pouvoir", "non, non Monsieur" et là j’arrivais un peu au bout de ma procédure et, et j’ai dit "bah écoutez, je vais appeler..." » il s’énervait un peu et "je vais appeler les personnes de la sécurité". Et, je m’étais éloignée un petit peu (...), je reviens, j’ai dû y passer dix minutes, et je ne sais pas comment, ils sont arrivés avec un tapis, ils ont emballé le corps dans le tapis, ils parlaient avec, ils m’ont dit "si vous avez un problème, c’est pareil", et là j’ai fait "bon bah écoutez, au revoir" (rires) et j’ai appelé la police (...). » Camille Boissieu, 32 ans, élève directeur d’hôpital.

Submergée par la présence et la détermination de ces accompagnants présumés roms, Camille Boissieu n'a pu qu'appeler la police pour leur signaler l'incident après coup. Elle explique que la négociation avec les membres de ces « grandes familles roms », sous les yeux des personnels hospitaliers, demande un certain investissement personnel. Pour le professionnel pris entre l'appel au commissariat par facilité et l'épée de Damoclès de la « faute grave », le compromis est parfois difficile à trouver.

« C'est pas toujours simple, quand t'arrives et qu'il est minuit, une heure du matin dans un service où y'a soixante personnes qui te regardent et, y compris les personnels hospitaliers, bon, pfff... C'est peut-être aussi simple d'être derrière son téléphone et de dire "ben écoutez, j'appelle le commissariat, le commissariat va dégager tout le monde, on en parle plus", voilà. Donc ça implique quand même de vouloir se confronter aux choses, de dépenser de l'énergie, de la force, un peu de soi et puis avec toujours cette crainte de ne pas faire le bon choix sur le plan juridique parce qu'on engage sa responsabilité personnelle propre quand même, en cas d'erreur, de faute grave euh... la faute grave arrive très facilement, avec l'expérience, je me suis rendue compte qu'on n'en était pas loin très souvent. » Camille Boissieu, 32 ans, élève directeur d'hôpital.

La gestion du décès d'un patient rom est ainsi une tâche redoutée par les directeurs d'hôpital, les directrices des soins et les responsables administratifs. Lorsque cela est possible, ils se disent prêts à négocier afin de maintenir le calme dans l'établissement et permettre la continuité des soins, quitte à déroger aux règles régissant la conservation et le transport des corps. Confrontés à la pression de plusieurs dizaines ou centaines d'accompagnants présumés roms, souvent décrits comme agressifs, ces professionnels désignent par l'expression « adaptation à la différence culturelle », ce qui relève le plus souvent d'un laisser-faire pragmatique.

« J'ai envie de dire, dès que y'a service public versus culture, ethnie et pratiques, euh... qu'il faut à la fois respecter mais on ne peut pas dire oui à tout, on est très dépourvu par rapport à ça. Les Roms en font partie, mais c'est pas forcément plus eux que euh... on va dire les autres euh... groupes... Et je trouve qu'on n'est pas forcément aidant sur le plan administratif, puisque nos marges de manœuvre sont juridiquement très limitées, ce qui ne permet pas toujours d'avoir la bonne réaction ajustée, adaptée. » Camille Boissieu, 32 ans, élève directeur d'hôpital.

Comme le soulignent Camille Boissieu⁷⁶⁷ et Pierre-Alain Brustlein⁷⁶⁸, ces « situations hypersensibles » ne font l'objet d'aucune instruction particulière dans le guide de l'administrateur de garde. Il revient dès lors aux responsables administratifs d'engager leur responsabilité propre sur des solutions de compromis,

⁷⁶⁷ Camille Boissieu, 32 ans, élève directeur d'hôpital.

⁷⁶⁸ Pierre-Alain Brustlein, ~60 ans, directeur d'hôpital, entretien exploratoire.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

alliant respect des familles endeuillées et maintien du fonctionnement de l'établissement de santé, qui débordent parfois le cadre juridique dans lequel leurs actions devraient se situer.

Face à la présence collective des accompagnants présumés roms, les professionnels hospitaliers déclarent fréquemment ne pas avoir d'autre choix que le laisser-faire. Derrière un discours sur l'adaptation de la pratique professionnelle à la « différence culturelle rom », on découvre des soignants et des encadrants administratifs partagés entre leur crainte de se faire submerger par cette présence collective et la volonté de respecter la peine de ces familles réunies autour d'un proche malade ou décédé. Ils expliquent alors chercher un compromis, une solution à mi-chemin entre les règles de fonctionnement de l'établissement et les demandes, les exigences parfois, de ces accompagnants présumés roms. La pression du nombre les conduit souvent à revoir à la baisse leurs standards professionnels, le respect des règles officielles, mais également les droits des patients. Ce qui est décrit comme une forme d'adaptation à la spécificité culturelle du patient se retourne alors contre ce dernier. Le processus de racialisation aboutit sans surprise à la domination du racialisé.

Les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés disent tous avoir à cœur d'adapter leur pratique aux spécificités de chaque patient afin de leur permettre d'atteindre un « *état de complet bien-être physique, mental et social* »⁷⁶⁹. La poursuite de ce « soin global » justifie aux yeux des enquêtés quelques écarts par rapport à l'application stricte du principe d'égalité de traitement. Toutefois, la perception systématique, par les professionnels interrogés, des patients présumés roms, non comme des individus isolés et autonomes, mais comme appartenant à un groupe familial dont les « traditions culturelles » s'imposeraient à tous de façon homogène et incontournable, induit un processus de racialisation de ces patients. Dès lors, comme nous avons pu le constater, le discours sur l'adaptation de la pratique professionnelle à la « différence culturelle rom » engendre bien souvent un traitement différentiel discriminatoire à l'encontre des patients perçus comme

⁷⁶⁹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, *op. cit.*
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

appartenant à ce groupe – ce qui pourrait être considéré comme un « conséquence non intentionnelle de l'action » au sens d'Anthony Giddens⁷⁷⁰.

En effet, pour les enquêtés, s'adapter à la « barrière de la langue » ne consiste pas, dans la grande majorité des cas, à faire appel à un interprète (professionnel ou non) mais à bricoler des solutions à base de mimes qui maintiennent le patient concerné dans une position silencieuse de soumission. Bien que régulièrement décriée, la « médecine vétérinaire » reposant sur les seuls résultats d'examens cliniques est pratiquée chaque jour dans les établissements enquêtés. Par manque de temps, de moyens financiers ou pour se conformer aux injonctions institutionnelles, les professionnels que nous avons rencontrés offrent, aux patients incapables de s'exprimer et de comprendre le français, une sous-médecine dangereuse et discriminatoire.

Par ailleurs, nous avons pu observer, dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L, que les représentations que les soignantes ont au sujet des femmes qu'elles identifient comme roms impactent concrètement la façon dont elles les prennent en charge. Ces soignantes fondent l'« adaptation » de leurs pratiques professionnelles sur des représentations racialisantes des femmes présumées roms perçues comme de mauvaises mères, hyper-sexualisées, soumises à des réseaux de trafics d'enfants, etc. Or, ces représentations alimentent des rumeurs qui ont ensuite des effets réels sur la prise en charge des patientes identifiées comme roms. Ainsi, tout en critiquant la « tradition culturelle rom » pour son sexisme présumé, les enquêtées renforcent la domination subie par les patientes qu'elles perçoivent comme appartenant à ce groupe, à la fois en tant que femmes et en tant que « roms ».

Enfin, la gestion des « grandes familles roms » suppose, au dire des enquêtés, une adaptation de la pratique professionnelle. La désignation d'un interlocuteur unique au sein d'un groupe d'accompagnants présumés roms permettrait de maintenir l'ordre dans le service tout en tenant les nombreux accompagnants roms informés de l'état de santé de leur proche. Or, l'efficacité de cette méthode dépendrait de la légitimité de ce « représentant » aux yeux du groupe. Par respect pour leurs « traditions culturelles », les enquêtés disent alors laisser les « Roms » désigner

⁷⁷⁰ Anthony Giddens, *La Constitution de la société*, op. cit., p. 409.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

eux-mêmes leur « chef », ce qui conduit à s'interroger sur le respect des droits du patient concerné. Enfin, en cas de décès d'un patient présumé rom, les encadrants administratif estiment ne pas avoir d'autre choix que de se soumettre aux exigences « culturelles » de ces familles en contrevenant aux règles classiques de conservation et transport des corps.

*« Aujourd'hui, la "spécificité des Tsiganes" telle qu'elle est conçue par les professionnels du secteur médical repose en priorité sur un constat "comportementaliste" que des théories le plus souvent culturalistes viennent justifier. »*⁷⁷¹ En fondant l'« adaptation » de leur pratique sur des préjugés et des représentations racialisées de la « culture rom », les professionnels hospitaliers délivrent un traitement différentiel discriminatoire à l'encontre des patients qu'ils identifient comme roms⁷⁷². *« Dans la pratique soignante l'indifférence aux origines sociales et culturelles du malade n'est pas une erreur moindre que celle de le réduire à un stéréotype de sa culture ou de sa classe : manière commode et brutale d'élaguer la complexité des choses en une poignée de recettes, en un répertoire de prêt à penser et à agir. »*⁷⁷³

L'élève-infirmière qui a dédié son travail de fin d'études à « la relation interculturelle à l'hôpital » note que *« les soignants sont conscients d'avoir des représentations sur les patients : pour eux, elles leurs permettent d'identifier de façon automatique les besoins du patient pour adapter la prise en charge à son arrivée, sans avoir à lui poser de question sur ses habitudes de vie ou culturelles. »*⁷⁷⁴ Pourtant, elle souligne que trois soignants parmi les quatre qu'elle a interrogés estiment *« ne pas avoir suffisamment de connaissances sur le sujet et que des formations pourraient leurs être utiles »*⁷⁷⁵. De même, dans une étude exploratoire consacrée à « la prise en compte des différences ethnoculturelles des patients à l'hôpital », les auteurs déplorent la « quasi absence de politique

⁷⁷¹ Gaëlla Loiseau, « L'accès aux droits relatifs à la santé et aux prestations sociales », *op. cit.*, p. 158.

⁷⁷² « Le revers de la reconnaissance de l'altérité est le risque de réduire l'autre à quelques traits culturels et, au prétexte d'être au plus près de la personne, de la stigmatiser en lui attribuant des comportements ou des manières d'être. Les Roms, de l'aveu même du personnel hospitalier sont souvent au cœur des tensions. Leurs demandes et leurs comportements marquent la fragilité de la frontière entre la nécessité d'imposer des règles communes et le souhait de les assouplir et de les adapter aux patients. » François Dubet, Olivier Cousin, Eric Macé, et Sandrine Rui, *Pourquoi moi? L'expérience des discriminations*, Seuil, 2013, p. 215.

⁷⁷³ David Le Breton, « Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital », *op. cit.*, p. 117.

⁷⁷⁴ Aurore Beghennou, *La relation interculturelle à l'hôpital*, *op. cit.*, p. 11.

⁷⁷⁵ *Ibid.*, p. 12.

volontariste incitant les établissements à développer des dispositifs »⁷⁷⁶ en la matière et le peu d'accompagnement dont bénéficient les acteurs du système de santé : les rares « supports pour accompagner les équipes se limitent à des guides linguistiques ou thématiques (culte, deuil, rites...) et à l'interprétariat. »⁷⁷⁷. Les professionnels hospitaliers en sont réduits, selon eux, à inventer des solutions au cas par cas, en fonction de l'idée qu'ils se font de la « culture » des patients qu'ils prennent en charge. « La mise en œuvre de dispositifs résulte d'une démarche réactive face aux difficultés concrètes rencontrées sur le terrain par les acteurs de santé. Ce sont ces derniers qui prennent en charge cette problématique en se limitant à quelques thématiques principales comme la nourriture, l'interprétation et les rites pour les décès. »⁷⁷⁸ Ces auteurs plaident alors pour un accroissement des moyens dédiés notamment à la formation sur les questions « ethnoculturelles ». Nous avons recueilli les mêmes doléances dans les services enquêtés, y compris de la part de l'encadrement.

« Alors, moi, je demande toujours aux cadres de faire en sorte que les équipes d'infirmières aient des formations en anthropologie. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

Or, comme le souligne Doris Bonnet, *« les populations immigrées ne constituent pas un sujet collectif dont le discours et les conduites seraient uniquement le produit d'une culture d'origine. Elles représentent plutôt un ensemble d'individus aux trajectoires de migration singulières, avec une diversité de conduites d'insertion et de choix identitaires. Cette observation permet de réfuter que les comportements des immigrés, par rapport à la santé et à la maladie, seraient uniquement le résultat d'un patrimoine culturel originel. »⁷⁷⁹* Par conséquent, les formations sur les « différences culturelles des patients » ne permettraient pas de répondre à la principale demande des soignants : anticiper les difficultés de prise en charge des patients. Laurence Kotobi fait le même constat : *« cette aspiration à être "mieux formés" pour "soigner les individus de culture différente qui ne réagissent pas comme on l'attend", ne reflète-t-elle pas encore une démarche empreinte de culturalisme, au sens où l'explication culturelle est supposée suffire,*

⁷⁷⁶ Thierry Nobre et Kevin Mac Gabahn, « La prise en compte des différences ethnoculturelles des patients à l'hôpital: une étude exploratoire en contexte français », *Humanisme et Entreprise*, 2011, vol. 5, n° 305, p. 44.

⁷⁷⁷ *Ibid.*, p. 45.

⁷⁷⁸ *Ibid.*, p. 46.

⁷⁷⁹ Doris Bonnet, « Au-delà du gène et de la culture », *op. cit.*, p. 25.

*pour circonscrire et réduire le problème à cette seule dimension. »*⁷⁸⁰ Cette réduction du « problème » des patients présumés roms à la dimension culturelle s'avère finalement inopérante. Les adaptations de la pratique professionnelle à la « différence culturelle rom » présentent bien quelques avantages à court terme pour les soignants : allègement de la charge de travail, baisse des exigences professionnelles, laisser-faire, contournement de réglementations contraignantes, etc. Zahia Kessar, elle-même formatrice en anthropologie dans le milieu hospitalier, en déduit que, ce que les professionnels hospitaliers « *interprètent comme un manque (donc un besoin) de connaissance de la culture du patient est en réalité un manque de communication sur le patient entre professionnels. Ceci renvoie à la division du travail, aux modes d'interventions, donc au fonctionnement [des services hospitaliers].* »⁷⁸¹

⁷⁸⁰ Laurence Kotobi, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *op. cit.*, p. 65.

⁷⁸¹ Zahia Kessar, « La formation en anthropologie à l'hôpital », *op. cit.*, p. 116.

Chapitre 6. Racialisation de la précarité et fléchissement du « social » aux urgences

*« Le discours des soignants concernant les Tsiganes est centré sur leur rapport jugé "inapproprié" au système de soins (usage quasi-exclusif de l'hôpital au détriment de la médecine de ville, venue en nombre à l'hôpital et usage abusif des urgences) ; et s'accompagne d'une série de reproches sur leur façon de "consommer les soins" dans l'excès (consultations et médicaments), ou au contraire, dans la négligence (consultations tardives, sorties de l'hôpital contre avis médical, automédication). Un grand nombre de professionnels de la santé explique ces comportements par le fait que les Tsiganes seraient dans "l'impossibilité culturelle" de se projeter dans l'avenir. "Ils ne sont pas dans le préventif, ils sont dans le curatif. Aborder la vie du lendemain, et cetera, c'est trop loin pour eux, donc ce sont des gens qui interviennent à la minute près, au moment près, quand les choses s'aggravent" explique un médecin qui travaille dans une association d'aide aux Tsiganes. »*⁷⁸² Lors de notre présence dans les services enquêtés, nous avons découvert l'existence d'une expression particulière pour expliciter ce rapport « inapproprié » au système de soin : la « partoutalgie ». Ce néologisme, composé du terme *partout* et du suffixe *-algie* qui signifie douleur, est souvent utilisé dans les services d'urgences enquêtés, soit pour désigner les motifs de recours peu clairs des patients présumés roms⁷⁸³, soit pour exprimer le fait qu'ils souffriraient simultanément de plusieurs pathologies différentes lors de leur venue dans le service.

Voici deux témoignages illustrant chacun l'un des deux sens de l'expression « partoutalgie ». Tout d'abord, le manque de clarté du motif de recours : en janvier 2010, cinq adultes et un nouveau-né se présentent à l'accueil des urgences de l'Hôpital public G. Interrogée sur le motif de leur venue par Clotilde, l'agent d'accueil, une des femmes explique qu'elle a « mal partout » et « se sent très mal », elle ajoute que « le bébé est malade, il a de la fièvre ». Clotilde précise à notre intention qu'il s'agit de « Gens du voyage » et confirme les propos tenus par une de ses collègues la veille : « les Roms viennent pour plusieurs cas à la fois et

⁷⁸² Gaëlla Loiseau, « L'accès aux droits relatifs à la santé et aux prestations sociales », *op. cit.*, p. 158.

⁷⁸³ Nous n'avons entendu ce néologisme être utilisé par les professionnels hospitaliers qu'à propos d'une seule autre catégorie d'usagers que les « Roms » : il s'agit de patients identifiés comme tures qui s'adressent aux urgences de l'Hôpital public G.

décrivent leurs symptômes comme "mal partout" ». A l'issue de cette conversation, Clotilde invite un couple à rester en salle d'attente, pendant que les autres adultes accompagnent l'enfant aux urgences pédiatriques de l'établissement. Sur la fiche d'admission, l'agent d'accueil note, à l'intention de l'infirmier d'accueil et d'orientation et des médecins : « douleurs généralisées, peu urgent »⁷⁸⁴.

Ensuite, l'expression désigne également de multiples pathologies simultanées : pour le docteur Wartner, praticien à l'Hôpital public P, les motifs de recours aux urgences des patients qu'elle identifie comme roms sont bien souvent indéterminés. Selon elle, ils seraient incapables d'expliquer précisément le motif de leur venue et utiliseraient un vocabulaire relevant quasiment de la mécanique pour exprimer leur demande de soin : il s'agirait de « réparer tout ça ». L'expression laisse bien entendre que ces patients souffriraient de plusieurs pathologies.

« C'est des personnes qui vivent dans des campements et tout, alors c'est compliqué parfois de, de, de les déterminer en tant que Roms ou Roumains ou en transit ou euh... (...) [Ils n'ont] pas beaucoup de demandes. Ils ont une demande de euh... de "réparer tout ça". On n'est pas dans une grande précision de la demande. » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

L'utilisation, par les professionnels interrogés, de l'expression « partoutalgie » fait écho aux observations de Luc Boltanski relatives à la culture médicale des patients des classes populaires. Dans son article consacré aux « usages sociaux du corps », il remarque en effet que, *« à la question qui inaugure l'interrogatoire médical "où avez-vous mal ?", les malades des classes populaires ne se plaignent souvent que de "douleurs" non localisées ou de "faiblesse" généralisée comme s'ils étaient incapables – pour parler comme les médecins – de "décrire correctement leur état" ou de "comprendre les questions les plus simples", bref, de présenter au médecin des symptômes clairs, intelligibles et signifiants, c'est-à-dire des symptômes auxquels la médecine accorde du sens parce qu'elle les a reconnus, catalogués et décrits. »*⁷⁸⁵ On retrouve, dans les témoignages recueillis, cette idée selon laquelle les patients identifiés comme roms seraient « incapables » d'évaluer la gravité de leur propre état de santé et de comprendre les explications fournies à ce sujet par les professionnels hospitaliers.

⁷⁸⁴ Carnet n°2, service d'urgences, Hôpital public G, 29.01.2010.

⁷⁸⁵ Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, vol. 26, n° 1, p. 212.

« [Les Roms] ils comprennent rien, ils comprennent pas. Et ils comprennent pas quand c'est grave, ils comprennent pas quand c'est pas grave, ils comprennent pas. Très difficile d'expliquer des choses aux gens qui ont, voilà, qui ont pas, pas un gros niveau socio-culturel, donc il faut employer des mots simples. Et puis, des fois, tu te dis que t'aurais aucun doute à faire sortir, je vais te prendre un exemple tout con mais une pyélonéphrite⁷⁸⁶ qui chauffe à 40 [degrés de température] chez madame tout-le-monde qui est étudiante en droit, machin etc., mais la pyélonéphrite chez une jeune fille qui, je sais pas, est femme de ména[ge], enfin [qui] ne comprend pas tout, tu te dis "imagine, elle fait pas son [traitement]", ça, des fois ça, ils comprennent pas, ça c'est la première difficulté. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Les enquêtés s'appuient donc sur des critères sociaux (le « niveau socio-culturel », la profession ou le mode de vie en « campement » ou « en transit ») pour expliquer l'« incapacité » des patients qu'ils identifient comme roms à formuler une demande claire en matière de soins de santé ou à comprendre les diagnostics posés par les praticiens hospitaliers. Pourtant, ils décrivent systématiquement la « partoutalgie » des usagers présumés roms comme une conséquence de leur « différence culturelle », et non comme le résultat de leur appartenance aux « classes populaires ». Comment expliquer le processus de racialisation auquel les professionnels que nous avons rencontrés ont recours pour décrire et qualifier les usages que ces patients présumés roms feraient des services d'urgences ? Notre hypothèse est qu'ils procèdent à l'« exotisation »⁷⁸⁷ des comportements des patients identifiés comme roms, patients précaires parmi d'autres, car cela leur permet de ne pas adresser la question de la dimension sociale de la prise en charge aux urgences, sans pour autant renier le principe d'égalité de traitement.

En premier lieu, nous allons voir que les enquêtés interprètent systématiquement les modes de recours aux urgences de patients présumés roms comme le résultat de leurs « spécificités culturelles » (1). Le nomadisme présumé de ces patients expliquerait leur manque de suivi médical et leur usage « opportuniste » des services d'urgences situés à proximité de leurs « campements » temporaires. Pour cette raison, ils s'adresseraient aux services d'urgences pour des problèmes de santé relevant de la compétence d'un médecin traitant, de la « bobologie ». Parallèlement, des professionnels hospitaliers estiment, quant à eux, que les « Roms » se présenteraient systématiquement aux urgences dans un état de santé aggravé du fait de leur méfiance vis-à-vis de l'institution hospitalière. Le non-

⁷⁸⁶ Une pyélonéphrite est une infection bactérienne, assez courante, de l'appareil urinaire dans sa partie haute (rein).

⁷⁸⁷ Manuela Ivone Pereira da Cunha, « Les Gitans, la prison et le quartier: une relation spécifique devenue le modèle ordinaire », *Etudes Tsiganes*, 2005, 21 - Les institutions, un espace de rencontre, p. 44.

recours aux soins de ces populations serait alors le résultat de leur marginalité par rapport à la société majoritaire. Ces deux usages jugés à la fois déviants et typiquement « roms » semblent à première vue contradictoires, pourtant ils ont en commun d'expliquer le rapport à la santé de ces patients par leur « différence culturelle ». Or, au dire des enquêtés, ces modes de recours « culturels » aux urgences seraient sources de difficultés et de risques professionnels particuliers. Pourtant, le dépassement de ces interprétations racialisantes permet de révéler que les patients présumés roms ne sont en réalité que des patients précaires comme les autres (2). Leur condition socio-économique explique leur faible recours aux institutions de santé et donc leur plus mauvais état de santé. La comparaison, proposée par certains enquêtés, entre des patients présumés roms et des personnes sans domicile fixe, concernant leur rapport à la santé, est éclairant. D'autre part, les professionnels de santé soulignent eux-mêmes que l'usage des services d'urgences pour des problèmes de santé « non urgents » est fréquent et s'explique notamment par le fait que les publics précaires sont majoritaires parmi la patientèle des établissements enquêtés. Finalement, ils légitiment ces modes de recours en blâmant le manque de disponibilité des médecins traitants et la discrimination dont ils font preuve à l'encontre des patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. La racialisation, par les professionnels hospitaliers, de comportements en réalité habituels de la part du public majoritaire des services d'urgences, est révélateur du fléchissement de la place du « social » aux urgences (3). Alors que les professionnels interrogés répètent inlassablement leur attachement au principe d'égalité de traitement et leur aveuglement professionnel aux caractéristiques sociales des patients, nous constaterons qu'ils considèrent pour la plupart que la prise en charge de la « bobologie » des patients précaires fait obstacle aux « vraies urgences ». Les professionnels se trouvent alors confrontés à un dilemme conjuguant leurs idéaux égalitaires et leurs désirs de performance médicale : conscients que l'efficacité de la prise en charge des patients précaires suppose l'inclusion d'une dimension sociale, ils rejettent pourtant cet aspect de leur travail qui les éloigne de la partie technicienne plus valorisante.

6.1. La racialisation des modes de recours aux urgences des patients présumés roms

La grande majorité des professionnels que nous avons rencontrés considère que les patients présumés roms seraient globalement en moins bonne santé que les membres de la société majoritaire. Ils font fréquemment le lien entre leur mode de vie « communautaire » dans des « campements » et les pathologies dont souffriraient ces usagers. La question de la contagion, voire des épidémies, est par exemple souvent évoquée par les enquêtés et mise en relation avec leurs conditions de vie « misérables ».

« Y'a beaucoup de misère quand même dans cette population [rom] (...). On sent qu'ils sont, voilà, dans la misère euh financière et puis, voilà, ils vivent dans des camps. C'est tout un contexte particulier hein, les Roms. On voit qu'il y a un manque d'hygiène quand même qui est manifeste. Tous ces enfants qui arrivent, voilà qui sont quand même assez incuris, qui euh... (...) [Ils viennent] pour tout et pour rien. Ça peut venir de l'hépatite A parce que, malheureusement dans le camp, y'a une épidémie d'hépatite A, y'a des épidémies de tuberculose, des varicelles, des gastro. Donc, du coup, comme on sait qu'il y en a deux ou trois qui viennent d'un même camp, on sait qu'on aura le reste. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« [Des Roms] ils sont venus au moment de la grippe, pour une maman, son bébé était malade, après t'avais les cousins, machin, eux aussi ils se sentaient pas bien. Ils ont fait six dossiers. Dès qu'il y en a un avec une gastro... Ils se refilent tout, je pense que c'est le manque d'hygiène. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

Interrogés sur les motifs de consultation des patients perçus comme roms, les professionnels hospitaliers citent immédiatement les principales pathologies de la précarité en Europe⁷⁸⁸ : de la gale à la tuberculose, du VIH aux comportements à risque tels que tabagisme, alcoolisme, etc. Au manque d'hygiène et à la promiscuité s'ajouteraient, selon eux, les problèmes de nutrition complétant le tableau de patients souffrant physiquement de leurs difficultés financières et de leurs mauvaises conditions de vie « dans la rue »⁷⁸⁹.

« Souvent [les Roms] ils ont des problèmes de dénutrition, enfin malnutrition et donc ils ont des besoins en santé beaucoup plus importants que quelqu'un de bien portant qui vit chez lui (...). » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« Y'en a beaucoup qui sont déjà venus, beaucoup non, mais un ou deux, qui sont venus avec la gale, avec des poux. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

⁷⁸⁸ Emmanuelle Cambois, *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, Paris, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), 2003.

⁷⁸⁹ Nous verrons pourtant ultérieurement qu'ils critiquent fréquemment l'usage que feraient les « Roms » des urgences pour traiter de problèmes de santé bénins relevant de la compétence d'un médecin généraliste. Voir pp.406-425. PRUD'HOMME Dorothee | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Les maladies respiratoires transmissibles sont les pathologies le plus souvent citées par les enquêtés à propos des populations qu'ils identifient comme roms, en particulier la tuberculose⁷⁹⁰.

« J'avais l'impression que chez les patients [roms] qui vivaient en camp, y'en avait plus [des affections respiratoires] euh et qu'ils revenaient plus souvent parce que, ben ça, c'est asthme et précarité quoi, c'est, c'est un peu malheureusement deux pathologies qui sont liées et sinon ben y'a, c'est tout quoi enfin, moi, j'expliquais ça en me disant bon, y'a souvent plus de tabagisme et y'a plus d'acariens, d'allergènes, de pollution atmosphérique à l'intérieur du camp donc c'est plus irritant pour les petits, y'en a qui font plus de bronchiolites et donc ils font de l'asthme plus tard. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Y'a plein de pneumologie, y'a plein de détresses respiratoires, y'a de la tuberculose, (...) enfin tu vois c'est vraiment des trucs euh... » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Durant la phase d'observation menée aux urgences de l'Hôpital public L, une aide-soignante nous informe du fait que trois « Roms », deux hommes et une femme, ont été installés ensemble dans un box de médecine pour suspicion de tuberculose. Selon elle, ils vivraient en foyer et l'un des deux hommes aurait déjà été diagnostiqué comme porteur de la tuberculose. Négligeant de se soigner, il aurait ensuite « toussé sur les autres » qui, maintenant, crachent du sang. Le fait que trois personnes, de surcroît de sexe différent, aient été installées dans un même box est très inhabituel, mais l'aide-soignante le justifie par le fait qu'ils sont arrivés en même temps et sont porteurs de la même pathologie hautement contagieuse. Elle ajoute que « la femme est très mal », « elle transpire beaucoup » mais que les soignants ne parviennent pas à déterminer « si elle transpire parce qu'elle a peur d'être ici » (elle serait d'après eux très angoissée à l'idée d'être à l'hôpital) ou s'il s'agit d'un symptôme. Elle termine en ajoutant que « jusqu'à présent, ils sont très sages »⁷⁹¹. Le mode de vie « en campement » des « Roms », leur manque d'hygiène et la « promiscuité » sont, aux yeux des enquêtés, autant de facteurs de propagation des épidémies ou des pathologies de la précarité.

⁷⁹⁰ Le lien qu'ils établissent entre ces pathologies et les conditions de vie des patients présumés roms est corroboré par les observations de la psychologue d'un service de maladies infectieuses et tropicales qui constate que « *les maladies graves, en particulier les maladies transmissibles, frappent souvent les populations déjà en situation de vulnérabilité sociale et économique. (...) La tuberculose, dont la fréquence globale diminue de 6 % par an, augmente de 8 % chez les grands précaires et les personnes migrantes. (...) La promiscuité, la malnutrition, le mal logement, l'absence de revenus réguliers sont en cause dans le développement de ces maladies infectieuses* » Marie-Christine Lebon, « Vulnérables », *op. cit.*, p. 64.

⁷⁹¹ Carnet n°8, service d'urgences, Hôpital public L, 04.04.2012.

Ainsi, la plupart des professionnels que nous avons interrogés considèrent que les patients qu'ils identifient comme roms sont généralement en moins bonne santé que les autres patients qu'ils reçoivent aux urgences. Et en effet, des études sur l'état de santé de ces populations menées par le milieu associatif – qui les prend bien souvent en charge d'un point de vue médical et social⁷⁹² – arrivent à des conclusions concordantes. Dès 1999, l'équipe de Romeurope conduit une étude quantitative comparative axée sur la santé des Roms/Tsiganes migrants en situation de grande exclusion en France, Grèce et Espagne. L'analyse des six cent quarante-quatre questionnaires recueillis permet de conclure que, *« eu égard à la jeunesse de la population (26 ans en moyenne), la proportion d'hommes et de femmes déclarant avoir un problème de santé est importante (54 % des femmes, 40 % des hommes). Les fréquences des pathologies mentionnées, comme problème de santé actuel ou antécédent, ne sont pas différentes des fréquences observées dans d'autres groupes de populations vivant en situation de grande précarité »*⁷⁹³. Huit ans plus tard, Christophe Robert note que *« Médecins du Monde, qui a réalisé une enquête auprès de différents pays européens dont la France, a relevé auprès d'un échantillon de groupes tsiganes, une espérance de vie de l'ordre de cinquante à soixante ans (contre plus de quatre-vingts ans en France actuellement) et une mortalité à la naissance sept à huit fois supérieure à celle qu'on observe chez les Gadjé. »*⁷⁹⁴ Des professionnels associatifs affirment également que *« les Gens du voyage, même quand ils sont moins mobiles, ne sont pas reconnus comme habitants d'un territoire, ce qui freine l'accès aux droits et l'accès aux soins. A ce premier obstacle s'ajoutent les facteurs de précarité et de fragilité : des conditions de vie difficiles, des difficultés d'accès à la prévention, un chômage élevé, un taux d'illettrisme important, une relégation sociale et spatiale et, probablement en corollaire, une espérance de vie inférieure de quinze ans à la moyenne nationale »*⁷⁹⁵. Les auteurs scientifiques et associatifs considèrent donc la précarité des « Roms » comme la première cause de leur plus mauvaise santé par rapport

⁷⁹² Sur la responsabilité présumée du milieu associatif dans la prise en charge des patients identifiés comme roms, voir chapitre 7, pp.523-526

⁷⁹³ Equipe Romeurope, « Projet Romeurope », *op. cit.*

⁷⁹⁴ Christophe Robert, *Eternels étrangers de l'intérieur*, Desclée de Brouwer., Paris, 2007, p. 262.

⁷⁹⁵ Muriel Leroux, Jean-Claude Guiraud, et Pierre Botton, « Santé des gens du voyage□: des associations se mobilisent », *La Santé de l'Homme*, juillet-août 2007, n° 390, p. 4.

aux membres de la société majoritaire⁷⁹⁶. Du fait de leurs conditions de vie, ils vivent moins longtemps, sont atteints de pathologies plus graves que le reste de la population et n'ont pas toujours les moyens financiers de se faire soigner. Or, si les professionnels que nous avons rencontrés font effectivement le lien entre le plus mauvais état de santé des patients présumés roms et leur précarité socio-économique, ils soulignent systématiquement la « spécificité culturelle » de ces populations pour expliquer leurs conditions de vie et, par conséquent, leurs modes de recours aux soins jugés déviants. Nous allons voir en effet qu'ils considèrent le manque de suivi médical des patients présumés roms comme une conséquence de leur mode de vie « nomade ». De plus, les enquêtés expliquent le non-recours aux soins de ces populations comme le résultat de leur marginalité par rapport à la société majoritaire. La « différence culturelle » des patients présumés roms est ainsi indirectement responsable, aux yeux des professionnels interrogés, du surcroît de travail, des incertitudes et des risques professionnels que provoquent leurs modes de recours déviants aux urgences.

6.1.1. De la « volatilité » au nomadisme des « Roms »

Interrogés sur les modalités de recours à l'hôpital des patients qu'ils perçoivent comme roms, de nombreux professionnels relèvent que ces populations s'adresseraient aux services d'urgences hospitaliers pour tous leurs problèmes de santé, y compris les moins aigus, transformant ainsi les services d'urgences en consultation de médecine générale.

« Déjà, [les Roms] ils ont plus souvent recours à l'hôpital qu'au médecin traitant... »
Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, hôpital public L.

« Ils sont semi-sédentaires, (...) toute la communauté [de Gens du voyage] vient là. Sauf que le service d'urgences, c'est plus les urgences et ça devient de la médecine générale, ce qui n'est pas tout à fait le but du jeu ! » M. Guerbi, 44 ans, directeur adjoint, clinique privée E.

⁷⁹⁶ « Si l'étranger partage avec ses compatriotes une culture, il partage aussi avec ses homologues au sein de la société d'immigration, qu'ils soient français ou d'autres origines que lui, des conditions de vie – le chômage, la précarité du séjour, l'exclusion, la pauvreté – qui contribuent aussi bien à expliquer certaines pathologies dont il souffre. », Philippe Dewitte, « Malade étranger, étrange malade », Hommes et Migrations, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 1 ; Association Tsiganes Solidarités, « La santé et l'accès aux soins à Toulouse », Etudes Tsiganes, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, n° 2, p. 86.

Un grand nombre d'enquêtés explique ce mode de recours aux urgences par le « nomadisme » des populations « roms ». Les patients identifiés comme roms sont ainsi fréquemment décrits comme des patients plus difficiles à prendre en charge que les autres, car ils seraient « mobiles », voire « nomades », ce qui entraînerait des difficultés en matière de suivi thérapeutique ou social.

« On n'en a pas énormément de Roms, mais ils bougent, c'est ça le problème, ils bougent tout le temps. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« [Les Roms] ils viennent pour des choses comme un peu tout le monde quoi. (...) Tu sens qu'il y a pas de suivi médical par contre, c'est des gens, voilà, (...) qui ont pas du tout de suivi médical, qui savent pas ce que c'est qu'un médecin traitant, qui ont tout à faire quoi. » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

La très grande majorité des enquêtés explique le défaut de suivi des patients présumés roms – et donc leur recours aux urgences pour de la « partoutalgie » – par leur « mode de vie » détaché de la « notion de territoire » typique de la « culture rom ».

« C'est l'autre difficulté majeure de la prise en charge des Roms, c'est leur volatilité, donc la notion de suivi, c'est pas leur truc. (...) C'est [dû] à leur mode de vie. Ils ne s'investissent pas dans un territoire, donc la notion de suivi dans le temps est liée à la notion de territoire. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Le recours aux soins des populations présumées roms dépendrait alors de leur présence temporaire à proximité d'un établissement hospitalier. Lorsque leurs « voyages » les amèneraient à installer leur « camp » près d'un établissement hospitalier, les « Roms » en profiteraient pour consulter un médecin des urgences.

« Les Gens du voyage, c'est par période... A [la gare de RER], il y a un grand parking où ils s'installent temporairement. Nous, [les assistantes sociales], on connaît les camps, alors quand on les voit le matin en allant bosser, on se prévient. » Anne Fournier, ~45 ans, cadre médico-social, entretien exploratoire.

« Ce sont des personnes qui voyagent, elles ne restent pas qu'ici. Donc, c'était plutôt, ils étaient plutôt là pendant les grandes vacances, pendant les grandes périodes scolaires, ils étaient souvent là, parce que en général c'est la période où on les voit. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Les patients présumés roms utiliseraient donc l'institution au coup par coup aussi bien pour des questions médicales que pour des questions sociales. Rosina, assistante sociale du service, déplore que cette population « qui aurait besoin » d'un suivi social, ne serait-ce que pour permettre une ouverture de droits, se contente d'un simple accès aux médicaments faute de stabilité géographique : « ça revient pas ».

« [Les Roms,] c'est pas des gens avec lequel on va mettre des suivis, enfin on va pouvoir mettre des suivis en place, ça va être du coup par coup. Moi, les gens, les Roms que j'ai vus, c'était principalement du coup par coup, c'était de l'accès au soin, c'était leur faire accéder à des médicaments, c'était leur faire accéder à la consultation, c'était pas forcément simple de les réorienter après, derrière, vers un service compétent parce qu'ils disaient en gros qu'ils allaient bouger et que ils savaient pas où ils allaient être forcément quoi, qu'ils étaient dans tel coin mais que peut-être que ça allait bouger, voilà c'est pas... (...) Même sur du court terme, tu vois, sur l'accès, l'accès à un droit bête et méchant, l'Aide Médicale d'Etat ou quoi que ce soit, euh c'est, enfin voilà, c'est pas un public avec lequel je fais ça, alors que c'est un public qui en aurait besoin. Mais c'est pas un public qui va revenir, c'est-à-dire que tu vas pouvoir leur expliquer, tu vas leur dire "voilà, je vous fais accéder aux médicaments et tout ça, revenez me voir, revenez me voir, je vous explique, voilà je vous dis où est-ce que vous pouvez faire une domiciliation, ramener ce qu'il me faut en termes de papiers", tu expliques un peu tout... ça revient pas. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Finalement, d'après les professionnels interrogés, les usagers identifiés comme roms s'adresseraient aux services d'urgences principalement du fait de la facilité d'accès aux soins que représentent les hôpitaux. L'accessibilité est d'abord entendue dans le sens d'une possibilité matérielle et géographique d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Les patients perçus comme roms auraient, en priorité, recours aux établissements de santé localisés à proximité du « camp » dans lequel ils vivraient temporairement.

« Beaucoup, beaucoup de Roms à [l'hôpital public M], beaucoup, avec les camps qu'il y a autour de la nationale, (...) c'est difficile parce que (...) [les Roms] assimile[nt] trop vite le service d'urgences pédiatriques à un service de médecine générale ou de dispensaire. Donc, du coup, c'est vrai que c'est parfois agaçant de, de voir les enfants comme ça trois, quatre fois dans la semaine. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« On en voyait beaucoup [des Roms], et euh, vraiment, au moins trois ou quatre par jour. Ah oui, oui, oui, c'était vraiment très fréquent ! Mais parce qu'il y a une communauté, y'a tout un camp, je crois, vers [cet hôpital], et euh j'ai des souvenirs de, et des gens donc qui nous prenaient pour leur médecin traitant hein, pour leur pédiatre, donc que tu recroisais et puis, après, y'a des petits qui étaient vraiment malades, donc qui venaient régulièrement. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Ainsi, d'après les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés, les usagers présumés roms s'adresseraient essentiellement aux institutions hospitalières pour régler leurs problèmes de santé du fait de leur tradition de nomadisme. Leurs déplacements perpétuels les conduiraient à se tourner opportunément vers les établissements de santé situés sur leur route ou à proximité de leur « campement » temporaire. Selon les enquêtés, les populations « roms » utiliseraient alors l'hôpital, et en particulier les services d'urgences, comme s'il s'agissait de leur médecin traitant.

De nombreux enquêtés font alors le lien entre le recours fréquent des patients qu'ils identifient comme roms aux urgences hospitalières et le fait qu'ils n'aient pas déclaré de médecin traitant⁷⁹⁷. Pour eux, les déplacements incessants de ces usagers « nomades » expliqueraient qu'ils ne puissent pas être suivis par un médecin traitant.

« Le fait qu'ils [les Roms] soient dans des maisons qui se déplacent, des mobile homes etc., je pense que, ben tu peux pas avoir de médecin traitant dans ce cas-là, tu es tout le temps en mouvement, t'es jamais fixe quoi. Pour avoir un médecin traitant, il faut être fixe, avoir une adresse fixe etc. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

« Le système, il est fait de telle sorte qu'ils [les Roms] ont pas du tout de suivi à l'extérieur, donc c'est des personnes, ben, quand ils viennent aux urgences, ben ils viennent pour des problèmes qui peuvent peut-être dater d'il y a deux ans, qui se sont peut-être aggravés entre temps ou pas du tout. Mais c'est parce que, en dehors des urgences, ben malheureusement, pour eux, il leur est difficile d'accéder justement à un médecin traitant de ville (...). C'est dans une culture entre guillemets de nomades où ben ils ont pas de suivi, c'est-à-dire qu'ils, ça va être vraiment morcelé dans leur suivi, dans leur traitement. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour les médecins, comme pour les professionnels paramédicaux interrogés, le nomadisme des « communautés roms » empêcherait aussi bien les médecins traitants de suivre les patients présumés roms, que ces patients identifiés comme roms de choisir un médecin traitant.

« J'avais rencontré un médecin qui toutes les, toutes les semaines ou toutes les, ouais deux fois par semaine, il allait dans les communautés [roms] et c'était galère, il devait les suivre, les retrouver "ah ben finalement il [le patient] est là", très compliqué hein, à suivre médicalement des patients qui sont nomades. Donc, a priori ben c'est des patients comme les autres, oui et non, parce que c'est vrai qu'il y a cette question aussi de nomadisme, donc euh... Eux, t'as beau leur dire "ayez un médecin traitant", si ils font, enfin je sais pas moi, mais trois pays toutes les, tous les ans, ben ils peuvent pas avoir de médecin traitant, donc voilà. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

D'après ce que nous avons pu observer, tous les professionnels travaillant aux urgences tentent généralement d'inciter les patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant à en choisir un. Toutefois, certains médecins disent se faire peu d'illusion sur leurs chances de convaincre les patients présumés roms d'adhérer aux règles du système de soin français. Ils préfèrent trouver une solution *ad hoc* permettant de faciliter le suivi de ces patients sans pour autant les contraindre à

⁷⁹⁷ Article L162-5-3 modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 80 (V): « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci ».

PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

choisir un médecin traitant. Par exemple, ici, le docteur Roger explique qu'il remet aux patients qu'il identifie comme roms une copie de leur dossier médical de façon à ce que les professionnels d'autres établissements de santé puissent s'appuyer sur ses observations, son diagnostic et ses indications thérapeutiques pour les prendre en charge à leur tour. Il pense ainsi donner à ces patients « la possibilité d'avoir un peu de suivi » malgré leur mode de vie présumé itinérant.

« Ici aux urgences, quand ils [les Roms] viennent clairement demander un truc très ponctuel, ils jouent le jeu quand même, malgré tout quand on leur dit "il faut faire ci, il faut faire ça, il faut être hospitalisé". Par exemple ils viennent, ils demandent une consultation. Ils ont des demandes précises en fait, ils disent "voilà, moi je viens pour ça, j'ai une douleur au dos". Et moi, dans la discussion avec lui, je lui dis "moi je vous traite, mais vous n'avez pas de suivi, c'est dommage, ça serait bien si... Où est-ce que vous êtes? Est-ce que vous avez un médecin traitant? En tout cas, si vous revenez et que vous n'avez pas de médecin traitant, je vous donne les documents, vous revenez, vous dites 'je suis venu tel jour, je suis venu avec ce problème-là et voilà ce qu'on m'a fait', ou alors quand vous allez dans un autre hôpital...". J'essaie de les lâcher avec la possibilité d'avoir un peu de suivi derrière. (...) Pour la majorité [ils n'ont pas de suivi des soins], c'est un peu décousu. Par exemple, le patient qui est venu me voir l'autre jour, il me dit : "j'ai pas de médecin traitant. Je fais partie des Gens du voyage. Je suis ferrailleur". C'est les discussions que j'ai avec eux. » Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Ainsi, pour ces professionnels, les patients perçus comme roms n'ont pas de médecin traitant du fait de leur culture nomade qui les pousse à changer fréquemment de lieu de vie et donc d'interlocuteurs concernant leur santé. L'hôpital représenterait alors leur seul accès à la santé possible. Toutefois, quelques enquêtés présentent également cette question du recours aux soins hospitaliers dispensés dans les services d'urgences comme un moyen simple et efficace, pour les « Roms », de se faire soigner rapidement et ponctuellement. On retrouve ici la représentation des « Roms » comme « profiteurs » – développée dans le premier et le troisième chapitre, par exemple – selon laquelle les patients présumés roms « *veulent tout, tout de suite et comme ils veulent* »⁷⁹⁸.

« Chez nous, en gros, les urgences sont vécues [par les Roms] comme "voilà je viens, je veux me faire soigner, je repars quoi". » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

« J'ai l'impression qu'en fin de compte, c'est beaucoup de facilité les urgences, où on a tout, tout de suite, où on a la radio, où on a le scan, où on a le bilan, parce qu'on leur donne aussi souvent des médicaments, comme on sait que parfois ils [les Roms] ont pas les médicaments, ça nous arrive de leur donner aussi un petit peu plus, qu'ils prennent, (...) »

⁷⁹⁸ Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

donc pour eux, en fin de compte, ils viennent aux urgences, ils ont tout et tout de suite, et ils s'en vont. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Le défaut de déclaration d'un médecin traitant – dû à leur nomadisme présumé – ne serait alors pas la seule raison pour laquelle les patients présumés roms s'adresseraient aux urgences hospitalières : cela leur permettrait également de profiter gratuitement et facilement de tous les moyens techniques de la « médecine moderne »⁷⁹⁹. Cette image de « profiteurs » est concurrencée par une deuxième représentation des patients « roms » comme des marginaux méfiants vis-à-vis des institutions de santé qui expliquerait, à l'inverse, qu'ils ne s'adressent qu'en dernier recours aux services d'urgences.

6.1.2. Un non-recours « culturel » ?

Au Royaume-Uni, la question du non-recours⁸⁰⁰ – ou *non take-up* – a émergé dans les années 1930 avec la préoccupation des gestionnaires d'évaluer la bonne affectation des prestations sociales financières, c'est-à-dire de savoir si « *l'offre atteint bien les populations à qui elle est destinée* »⁸⁰¹ ? Cette notion a été importée en France il y a seulement une vingtaine d'années lorsque des « *difficultés d'accès aux minimas sociaux* » ont été identifiées au cours d'une campagne de lutte contre la pauvreté et les exclusions sociales⁸⁰². Pour Philippe Warin, la notion de « *non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre* »⁸⁰³. Si ce concept a originellement été pensé en relation avec les prestations sociales, l'auteur considère que « *le non-recours existe de partout, simplement parce qu'aucune offre n'a de public contraint et captif* »⁸⁰⁴. Il concerne donc d'autres domaines que les prestations sociales financières comme, par

⁷⁹⁹ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 58.

⁸⁰⁰ Marie-Pierre Hamel et Philippe Warin, « Non-recours (Non-take up) », in *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2010, p. 383-390. Caroline Helfter, « Contrepoint – Non-recours: les logiques des usagers », *Informations sociales*, 2013, vol. 4, n° 178, p. 71. Philippe Warin, « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », *Informations sociales*, 2013, vol. 4, n° 178, p. 52-62. Hélène Revil, « Le “non-recours” à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie: un phénomène qui travaille l'institution », *La Revue de l'Ires*, 2014, vol. 2, n° 81, p. 3-32. C. Chauveaud, A. Rode, C. Chatain, S. Gutton, E. Labbe, J.-J. Moulin, C. Sass, et P. Warin, *Le non-recours aux soins des actifs précaires. Rapport final*, Grenoble, ANR - Odenore/Cetaf, 2008. Pour plus d'informations sur le non-recours, voir le site internet : *Odenore - Observatoire des non-recours aux droits et services*, <https://odenore.msh-alpes.fr/>, consulté le 21 mars 2015.

⁸⁰¹ Philippe Warin, *Le non-recours: définitions et typologies*, op. cit., p. 2.

⁸⁰² Philippe Warin, « Le non-recours aux droits », *SociologieS*, 15 novembre 2012, p. 2.

⁸⁰³ Philippe Warin, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *La Vie des idées*, juin 2010, p. 6.

⁸⁰⁴ Philippe Warin, *Le non-recours: définitions et typologies*, op. cit., p. 3.

exemple, celui de la santé, où il se manifeste sous formes de « *retards et d'abandons de soins, d'inobservance de prescriptions, etc.* »⁸⁰⁵. Selon cet auteur, le non-recours prend trois formes principales :

- « la non connaissance, lorsque l'offre n'est pas connue [de l'utilisateur] ;
- la non demande, quand elle est connue mais pas demandée ;
- la non réception, lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue »⁸⁰⁶.

Il précise que, « *généralement, ces formes se combinent ou se succèdent, quels que soient la population, le territoire ou l'offre de référence. Il arrive que la non connaissance précède la non réception, et l'un et/ou l'autre la non demande. Il s'agit donc de cerner les différentes formes et leurs relations pour comprendre le non-recours dans sa dynamique.* »⁸⁰⁷

Ce concept de non-recours permet d'analyser le deuxième usage des services d'urgences que les enquêtés décrivent comme caractéristique des usagers qu'ils identifient comme roms – deuxième usage quasiment opposé à celui présenté précédemment. Alors que, comme nous l'avons vu, les « Roms » sont parfois décrits comme des usagers illégitimes des services d'urgences, s'y présentant pour des motifs relevant davantage des compétences d'un médecin traitant, ils sont parfois à l'inverse critiqués pour ne pas faire suffisamment appel, ou pas assez rapidement, aux institutions de santé. En effet, certains professionnels hospitaliers interrogés remarquent que les usagers présumés roms se présenteraient fréquemment aux urgences dans un état de santé aggravé – auquel le néologisme « partoutalgie » peut également être appliqué comme nous l'avons vu. Une phrase, notamment, revient régulièrement à propos des patients identifiés comme roms : « quand ils viennent aux urgences, c'est pas pour rien ».

« Maintenant, c'est sûr que, quand ils consultent, c'est pas pour des conneries quoi, (...) ils ont souvent quelque chose quoi. Parfois c'est des pathologies cardio-respiratoires, une pneumonie, un machin et tout. C'est rare que je me dise "ah la la ! Il aurait pas pu aller voir un médecin généraliste celui-là hein", c'est pas le genre "j'ai un petit peu le fond de la gorge

⁸⁰⁵ Philippe Warin, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? », *op. cit.*, p. 4. « Deux raisons principales militent pour élargir l'objet du non-recours au-delà du domaine des prestations sociales financières. La première est liée au besoin de dépasser la définition orthodoxe du non-recours, qui permet d'en parler uniquement lorsque l'on peut définir précisément une population éligible, comme dans le cas – pour le coup bien particulier – des prestations sociales. La seconde raison est que dans bien des domaines les acteurs sociaux s'inquiètent de situations de non-recours. » Philippe Warin, *Le non-recours: définitions et typologies*, *op. cit.*, p. 2. Voir également : Antoine Rode, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de science politique, Université Pierre Mendès-France – Grenoble II, 2010.

⁸⁰⁶ Philippe Warin, *Le non-recours: définitions et typologies*, *op. cit.*, p. 5.

⁸⁰⁷ *Ibid.*, p. 6.

qui me gratte". » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Cet état de santé aggravé serait le résultat d'un recours sporadique, voire d'un non-recours des usagers présumés roms aux institutions de soin. Or, de nouveau, pour les professionnels hospitaliers interrogés, ce serait la différence culturelle des « Roms » qui expliquerait leur non-recours aux institutions de santé – et, par conséquent, leur mauvais état de santé général lors de leur arrivée aux urgences. Plusieurs enquêtés expliquent ainsi le non-recours des populations qu'ils identifient comme roms aux institutions de santé par crainte ou refus de « se mélanger » ou « s'intégrer » à la société majoritaire.

« C'est un truc communautaire, je veux dire, ils vivent, moi je les vois pas trop se mélanger par rapport à, [aux autres], ils restent entre eux quand même. » Daniel, ~50 ans, aide-soignant, service d'urgences, Hôpital public P.

« [Les patients difficiles], c'est surtout ceux qui ne veulent pas s'intégrer et qui ne comprennent pas le fonctionnement. Qui ne comprennent pas parce qu'ils ne veulent pas comprendre ou qui comprennent pas parce que ça les arrange de pas comprendre et ils veulent faire à leur manière. » Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Même des gens [roms] qui vivent ici depuis une ou deux générations, ont leurs enfants scolarisés ici, une adresse, une famille ici, ils ne s'accoutument pas et ne se mélangent pas. D'ailleurs personne ne veut se mélanger avec eux et ils le savent bien. La première chose qu'ils disent c'est qu'on ne les voit pas, qu'on ne les aime pas. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Comme le remarque Alexandra Nacu, notamment à propos des femmes roms provenant d'Europe de l'Est, les comportements des usagers perçus comme migrants à l'hôpital sont parfois interprétés sous un angle « culturaliste » par les professionnels de santé : « *le principe d'explication des comportements est souvent culturaliste dans le sens d'une assignation essentialiste des identités qui devient le principal élément de repérage et d'explication des comportements.* »⁸⁰⁸. Ce même principe d'explication culturaliste trouve à s'appliquer aux patients présumés roms pour rationaliser leur non-recours aux soins aux yeux des professionnels interrogés. Ces derniers expliquent que le défaut de suivi, voire le non-recours aux institutions de santé, des patients présumés roms serait le résultat d'un choix volontaire, de leur volonté de se tenir en marge de la société majoritaire. La différence culturelle présumée de ces usagers nourrirait leur méfiance ou leur

⁸⁰⁸ Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *op. cit.*, p. 115.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

désintérêt à l'égard des services hospitaliers, et du système de soins de la société majoritaire en général, ce qui expliquerait leur « *repli délibéré par rapport à l'offre publique* »⁸⁰⁹.

Au cours de sa formation, Julia Montiverdi a effectué un stage d'internat chez un médecin généraliste installé en libéral qui recevait régulièrement des populations présumées roms vivant dans un « campement » situé à proximité du cabinet. Pour elle, contrairement aux idées reçues qui présentent les « Roms » comme des profiteurs du système de santé français utilisant les urgences pour traiter tous leurs problèmes de santé y compris les plus bénins, ces populations seraient au contraire très réticentes à s'adresser aux hôpitaux publics et à leurs services d'urgences et ne s'y présenteraient qu'en dernier recours.

« A un moment, y'a eu un incendie dans le campement (...) et [les Roms] ils voulaient pas aller aux urgences. Alors ça, c'est vachement intéressant : ceux que tu vois aux urgences, c'est vraiment les gens qui ont pas le choix, ça je sais pas si tu [l'as remarqué]... Parce que c'est des gens qui vont pas aux urgences en fait, chose que j'ai découverte, parce qu'on dit qu'ils vont tout le temps aux urgences mais c'est pas vrai. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans le même ordre d'idée, une aide-soignante en charge de l'accueil des urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L compare les patientes « africaines » qui connaîtraient leurs droits en matière de santé avant même de descendre de l'avion – et chercheraient à en profiter⁸¹⁰ – et les patientes « roms » qui, au contraire, auraient une connaissance très limitée du système de santé français. Pour elle aussi, les « Roms » n'utiliseraient l'hôpital qu'en dernier recours afin de ne pas avoir à « se mélanger avec nous ».

« Y'en a beaucoup qui n'ont pas de papiers, [les Roms] ils viennent avec leur pièce d'identité parfois, mais c'est tout, c'est tout. Peut-être qu'ils cherchent pas, qu'ils cherchent pas pour l'instant, ou comme ils arrivent pas à parler, à communiquer, à avoir, à savoir, comme la plupart des patientes africaines qui débarquent de leur pays et qui savent très bien qu'en descendant sur le sol français, elles ont déjà la CMU ou, et la sécurité sociale, enfin bon, elles savent très bien venir à l'hôpital. Eux [les Roms] non, non, non, ils restent plus en retrait. Je pense qu'ils viennent à l'hôpital parce qu'ils sont obligés de venir à l'hôpital, voilà je pense qu'ils veulent, enfin pour moi, ils veulent pas trop se mélanger enfin ils restent entre eux, ils veulent pas trop se mélanger avec nous et ils viennent parce qu'ils sont obligés. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

⁸⁰⁹ Philippe Warin, *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2006, p. 108.

⁸¹⁰ Sur les stéréotypes relatifs aux « assistés – étrangers – en situation irrégulière » qui profiteraient du système de santé français, voir par exemple : Estelle Carde, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *op. cit.* Estelle Carde, « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *op. cit.*

La volonté des « Roms » de « ne pas se mélanger » est parfois présentée par les enquêtés comme une méfiance à l'égard d'une institution étrangère. Gaëlla Loiseau rapporte ainsi les propos d'un médecin associatif qui, interrogé sur les raisons pour lesquelles les « Roms » seraient selon lui « *très difficiles à soigner* », explique que « *leur éducation sanitaire est à un niveau zéro, avec un tas de croyances, ils ont une très grande méfiance envers ce que disent les Gadjé, y compris les médecins* ». »⁸¹¹

« Ils ont pas confiance parce que c'est étranger, tout ce qui est étranger doit être compliqué quoi. C'est, en fait ils ont pas confiance mais c'est pas contre nous. Ça veut dire qu'en fait ils ont pas confiance en ce qu'est, c'est un peu bête ce que je vais te dire mais c'est un peu, un peu sectaire quoi, tu vois ? Ça veut dire ce qui est étranger, on le connaît pas, c'est l'inconnu voilà, c'est la peur de l'inconnu, tu vois ? » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Ainsi, pour certains professionnels que nous avons interrogés, le recours des patients perçus comme roms à l'institution hospitalière ne serait pas le résultat d'un choix délibéré, mais bien au contraire la conséquence d'une situation sans autre alternative possible. La méfiance des « Roms » envers les institutions et les professionnels de santé de la société majoritaire les pousseraient à n'y recourir qu'en cas de danger. Aux dires de ces enquêtés, le non-recours présumé des « Roms » aux services hospitaliers relèverait donc principalement de la « non demande », telle que décrite par Philippe Warin⁸¹², c'est-à-dire d'un renoncement à l'offre de soin à laquelle ils pourraient prétendre dans les établissements hospitaliers. La majorité des professionnels interrogés sur cette question expliquent ce non-recours volontaire par la différence culturelle des membres de ce groupe, leur marginalité par rapport à la société majoritaire source de méfiance et de peur. D'après la théorie de P. Warin, « *la non demande choisie exprime (...) une contestation, un refus* »⁸¹³. Si l'on s'en tient à l'interprétation des professionnels hospitaliers, la non demande de soins des usagers présumés roms pourrait alors être interprétée comme une forme de refus de la société majoritaire. Et, en effet, quelques professionnels hospitaliers expliquent le non-recours des « Roms » aux institutions de santé par leur « mentalité » particulière.

⁸¹¹ Gaëlla Loiseau, « L'accès aux droits relatifs à la santé et aux prestations sociales », *op. cit.*, p. 158.

⁸¹² Philippe Warin, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », *op. cit.*, p. 6.

⁸¹³ *Ibid.*, p. 8.

« Moi, je pense qu'ils [les Roms] y vont [à l'hôpital] quand même pas, pas facilement, et beaucoup moins que [les autres]. (...) Je sais pas [pourquoi], parce que c'est pas la culture, parce que euh... (...) Comme c'est pas leur mentalité d'y aller, je pense qu'il faut attendre un certain temps avant qu'ils y aillent quoi. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Ils sont très gentils, les femmes viennent accoucher mais elles ne font pas les visites de grossesse et ne font pas vacciner leurs enfants ensuite. » Pr. Luc Legoff, ~65 ans, gynécologue, retraité, entretien exploratoire.

Ils énumèrent alors les alternatives en matière de soin dont disposeraient les « Roms » pour expliquer leur non-recours à l'hôpital. Ainsi, la directrice du service des soins infirmiers de l'Hôpital L considère, comme l'interne de médecine, Julia Montiverdi, que les « Roms » « n'auraient pas l'habitude de fréquenter les urgences pour rien ». Selon elle, ils soigneraient leurs problèmes de santé bénins – la « bobologie » – entre eux, par leurs propres moyens.

« Les expériences que j'ai eues [avec des Roms], pour les plus, pour les plus prégnantes, étaient quand j'étais infirmière d'urgence, donc ça arrivait toujours dans un contexte d'urgence donc dans un contexte difficile, et avec une population qui, de toutes façons, n'a pas l'habitude de fréquenter les urgences pour rien, ça déjà, la bobologie, chez eux c'est pas l'urgence, c'est soit entre eux, soit avec le pharmacien, soit, mais bon, donc toujours dans un contexte d'urgence, donc avec, là pour le coup, une famille extrêmement présente. » Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

De même, une infirmière des urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L compare les « campements roms » à des « mini-villes » au sein desquelles il y aurait des personnes dont les connaissances médicales seraient suffisantes pour gérer les problèmes de santé quotidiens. Les « Roms » s'adresseraient d'abord aux membres de leur « communauté » et ne se tourneraient vers l'institution hospitalière qu'en dernier recours. Elle décrit, par exemple, l'arrivée aux urgences d'une femme souffrant de pertes de sang d'origine utérine jugées trop dangereuses par sa tante pour être gérées hors d'un établissement de santé.

« Alors la dame [rom] qui, je crois – attends – qu'elle avait des métrorragies depuis plusieurs jours alors effectivement "pourquoi vous venez que maintenant ?", "ah bah parce que, ben non mais ma tante, enfin on est habitués", et puis, elles voient même des accouchements dans leur, leur [campement], alors elles sont habituées, "ben ma tante elle sait bien, elle a l'habitude d'accoucher, elle connaît ces signes, elle m'a dit d'attendre", donc je pense aussi qu'il y a une connaissance en fait, c'est un peu comme une mini-ville enfin je compare ça un peu, alors c'est peut-être très schématique, un peu une mini-ville où tu as un peu tel et tel savoir à l'intérieur, donc après est-ce que c'est vrai ou pas ? (...) Alors c'est, enfin je le vois un peu comme, ben c'est le dernier recours l'hôpital un peu quoi, "tiens, y'a tel, tel problème, là on est plus trop sûrs, bon on a préféré l'envoyer à l'hôpital", je le vois un peu plus comme ça en fait. » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ces professionnels de santé considèrent donc que les « Roms » disposeraient de ressources propres leur permettant de prendre en charge les pathologies ou traumatismes de moindre gravité et de ne se tourner vers les services d'urgences que pour des motifs nécessitant une prise en charge professionnelle. Il s'agirait par conséquent d'une non demande choisie. Comme le rappelle Philippe Warin, « *les offres de prestations sociales, comme l'offre publique en général, n'ont jamais de destinataires contraints, alors même qu'elles constituent une obligation pour les prestataires. Autrement dit, personne n'est obligé de recourir. (...) Des possibilités d'alternatives à l'offre publique existent donc presque à chaque fois ; elles reposent notamment sur la mobilisation d'offres parapubliques ou privées, d'autres ressources ou bien des soutiens personnels. Il est même probable que le recours aux alternatives soit plus important lorsque l'offre publique est contingentée et soumise à des conditions d'accès restrictives ou contraignantes.* »⁸¹⁴ En usant d'alternatives à l'offre publique pour leurs problèmes de santé mineurs, les « Roms » feraient finalement, du fait de leur « mentalité » particulière, le choix volontaire de ne pas recourir aux institutions de santé de la société majoritaire.

Ainsi, les professionnels que nous avons rencontrés proposent deux interprétations antagoniques des usages « typiques » que feraient les « Roms » des institutions de santé : certains estiment qu'ils s'adresseraient fréquemment aux services d'urgences pour régler des problèmes de santé mineurs relevant normalement de la compétence d'un médecin traitant ; d'autres soutiennent, au contraire, qu'ils ne s'adresseraient aux institutions de santé qu'exceptionnellement, en dernier recours et, par conséquent, pour des problèmes de santé aggravés. Dans les deux cas, l'interprétation retenue s'appuie sur des arguments relatifs à la « spécificité culturelle rom », qu'il s'agisse de leur « tradition nomade » ou de leur méfiance présumée à l'égard de la société majoritaire. Quels qu'ils soient, les usages que les patients présumés roms feraient des services d'urgences seraient, au dire des professionnels hospitaliers qui y travaillent, une source d'incertitudes, de travail supplémentaire et de risques professionnels.

⁸¹⁴ *Ibid.*, p. 4.

6.1.3. Incertitudes, surcroît de travail et risques professionnels

Pour les professionnels que nous avons rencontrés, la « différence culturelle » des patients présumés roms aurait un impact indirect sur la pratique de tous les soignants amenés à les recevoir aux urgences. Leurs usages « caractéristiques » de ces services – non-recours aux soins et/ou manque de suivi médical – les rendraient plus difficiles à prendre en charge que les autres patients.

« [Les patients roms] c'est des patients qui sont plus difficiles à prendre en charge [que les autres] parce que souvent ils ont pas toujours un suivi médical régulier, qu'ils savent pas toujours ce qu'ils prennent comme médicaments, qu'ils sont pas toujours observants, compliants. Ça rajoute justement un petit challenge quoi ! » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Les Gens du voyage, (...) je sais que c'est encore plus chiant [à prendre en charge] parce que, pour le coup, ils bougent et donc ils ont encore moins de suivi. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Du fait de leurs « traditions culturelles », les usagers identifiés comme roms se présenteraient fréquemment aux urgences souffrant de multiples pathologies – ou « partoutalgie ». Les professionnels hospitaliers interrogés expliquent alors devoir pallier plusieurs années de négligence en matière de suivi sanitaire et multiplier les examens de santé avant de pouvoir déterminer et traiter les multiples problèmes de santé concomitants de ces patients.

« Je connais pas assez la culture rom pour savoir s'ils ont l'habitude de solliciter des soins, je sais pas du tout mais c'est vrai que souvent ils sont pas suivis et tu découvres plein de petites choses au fur et à mesure de la prise en charge, y'a plus de choses à voir et comme y'a pas de dossier, comme ils viennent pas souvent, ben t'es obligé de tout refaire de A à Z en fait, t'as pas de base donc tu refais tout, donc ton bilan il est complet, tu fais une prise de sang, tu fais des radios, tu fais des scanners, tu fais ci, pour voir si y'a pas autre chose que tu oublies ou qui pourrait parasiter pour faire le diagnostic, etc. » Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

Lors de la prise en charge de patients souffrant de pathologies bénignes, le défaut de suivi n'entraînerait qu'un surcroît de travail pour les professionnels consciencieux. En revanche, en situation d'urgence, le manque de données médicales (groupe sanguin, antécédents, etc.) pourrait, d'après les enquêtés, provoquer un risque vital. Les professionnels des services de gynéco-obstétrique sont particulièrement sensibilisés à cette question et le manque de suivi de grossesse des patientes perçues comme roms qui « arrivent pour accoucher directement » – défaut de suivi expliqué par des motifs culturels : ce ne serait pas leur « coutume » – fait l'objet de nombreux commentaires.

« [Les patientes roms] elles arrivent souvent, soit elles ont trop mal, soit elles sont malades, soit elles arrivent pour accoucher directement, et donc bien sûr y'a aucun suivi (...) parce que c'est pas dans leur coutume aussi, parce que ce sont des Gens du voyage, souvent, donc ils se déplacent et ils ont pas de suivi, ils ont pas de médecin traitant, de ça, c'est, ils arrivent s'ils ont mal, s'ils supportent plus ou si, si ils doivent accoucher. (...) C'est difficile parce qu'on sait pas comment s'y prendre donc il faudra faire en vitesse un maximum de bilans en urgences pour savoir, si elle a pas de pathologie, c'est bien mais si y'a un souci, on sait pas. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Souvent celles [les patientes roms] qu'on voit c'est, elles viennent, alors elles ont été suivies un petit peu, c'est un peu éparse dans tels et tels hôpitaux, tout dépend si ils sont sédentaires ou pas, ça effectivement et après effectivement, celles qu'on voit, elles arrivent pour accoucher, elles contractent et, elles ont pas forcément eu des échographies, pas forcément eu des prises de sang obligatoires, comme on dit, pendant la grossesse, donc c'est un peu, on croise les doigts en se disant "est-ce que, enfin, tout va bien ? Comment est placé le bébé ? Est-ce que ça va bien se passer ?", c'est plutôt ça qui fait peur. (...) On va recevoir la patiente, donc elle est en travail, alors admettons le bébé est en siège par exemple, donc ça présente une césarienne, t'as certains cas où tu as le placenta mal placé etc., enfin, c'est ce qu'on peut détecter sur les échographies, ou la malformation, enfin c'est plein de choses comme ça et, "ben mince ! Faut vite faire une échographie en urgence parce que, est-ce qu'il faut la Césariser ? Est-ce qu'elle peut accoucher voie basse parce que si elle commence à accoucher, est-ce que ça va bien se passer ?" Enfin c'est surtout vis-à-vis du bébé. (...) On a bien trois échographies [prévues dans le protocole], c'est pas pour rien, t'as la première c'est pour vérifier que la grossesse soit bien localisée, c'est un peu ça, la deuxième, voir la morphologie du bébé, est-ce qu'il y a des anomalies ? Et puis la troisième, refaire une question de morphologie et puis, surtout, la position du bébé, savoir si on parle de césarienne ou d'accouchement voie basse, c'est vrai que ça c'est important. » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Ces accouchements à gérer dans la précipitation et sans information sont une source de tension largement partagée par les membres des équipes soignantes des services de gynéco-obstétrique observés. Mais, les enquêtés rapportent des situations, provoquées par le défaut de suivi de grossesse des patientes présumées roms, encore plus problématiques à gérer. Par exemple, lorsque des professionnels non spécialisés en gynéco-obstétrique se retrouvent à devoir réaliser des gestes médicaux pour lesquels ils ne sont pas formés. Mathieu Dubet, le cadre infirmier des urgences de la clinique privée E, affirme ainsi avoir mis au monde, seul, l'enfant d'une femme qu'il désigne comme rom qui était arrivée dans le service alors que l'accouchement avait déjà débuté. Une autre infirmière explique que cette situation arrive fréquemment aux urgences de l'Hôpital public A où il n'y a ni service d'urgences pédiatriques, ni service d'urgences gynéco-obstétriques. Les patientes qui font suivre leur grossesse le savent et s'adressent à un autre établissement du même groupe hospitalier, mais « pour les Roms, c'est compliqué ». Selon elle, « souvent ces femmes [roms] viennent accoucher ici, alors

qu'elles n'ont eu aucun suivi de grossesse et qu'elles viennent au dernier moment ». Elle estime que cela « entraîne de nombreuses complications. »⁸¹⁵

Enfin, les professionnels de santé affirment accueillir parfois des patients qu'ils désignent comme roms dans des états de santé très graves. Le recours tardif aux soins est, selon eux, la cause d'aggravations telles qu'elles mettent en jeu la vie du patient. Emilie, infirmière aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital L, se souvient d'une patiente « rom » qui faisait une fausse couche hémorragique et qui avait tellement tardé à venir que le pronostic vital était engagé.

« J'en ai eu une Rom qui faisait une fausse couche hémorragique, elle a attendu, je ne sais combien de jours, elle saignait, elle saignait, elle est arrivée, euh donc on a plusieurs types de fausse-couche, on en a une notamment qui est par jets en fait, et tu vois en fait quand je l'ai déshabillée, pareil, j'avais appelé l'interne qui finissait le bloc heureusement, j'avais commencé à la perfuser, mais c'était par jets que ça sortait, c'était vraiment, elle a été au bloc rapidement, et elle avait une anémie, donc une baisse de globules rouges qui était énorme, je pourrais plus te dire le chiffre mais ça m'avait interpellée, elle devait être à cinq grammes quelque chose comme ça, la limite c'est douze grammes à peu près, là elle était à cinq grammes donc ça devient du vital en fait, t'es obligée d'être transfusée derrière et c'est vrai que, elle était accompagnée par une amie qui avait dit "ben non, finalement on nous a dit de venir", alors "on" je sais pas qui, mais c'est vrai que, ce cas-là, c'était vraiment une urgence vitale pour le coup aussi ! » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

De tels retards dans le recours aux soins sont incompréhensibles pour les professionnels de santé. Un infirmier des urgences de l'Hôpital public G explique que les « Roms » « échappent aux soins » ce qui conduit à une « inconcevable » dégradation de situations de santé pourtant bénignes au départ.

« [Les populations roms] elles échappent, elles échappent clairement aux soins (...), parfois c'est des choses qui traînent depuis un certain temps, des choses bénignes qui se sont un peu aggravées, des problèmes de dents, des douleurs musculaires ou une fièvre depuis une semaine. Pour nous, c'est inconcevable, j'ai de la fièvre, je suis malade, je vais chez le médecin ou je prends un peu de Doliprane parce qu'on le sait, on a été éduqué comme ça mais ceux qui n'ont pas accès à tout ça, qui viennent en France et qui ne connaissent pas la France, qui ont migré parce qu'il fallait... » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

Dans la mesure où le défaut de suivi jugé caractéristique des patients présumés roms est une source d'incertitude et donc de difficultés professionnelles, il est également à l'origine d'un surcroît de travail, en particulier pour les praticiens hospitaliers. Un médecin des urgences générales de l'Hôpital public L, le docteur Leroy, décrit ici les tâches supplémentaires que suppose, selon elle, la prise en

⁸¹⁵ Carnet n°5, service d'urgences, Hôpital public A, 17.07.2010.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

charge des patients qu'elle identifie comme roms : expliquer longuement le problème médical, faire réaliser les examens complémentaires à l'hôpital et non en externe, ne pas compter sur le partenariat avec un médecin traitant pour assurer le suivi. Pour elle, la prise en charge de patients identifiés comme roms demande indéniablement plus de temps et plus d'efforts que celle d'autres patients.

« Ça prend plus de temps, enfin par rapport à une prise en charge [classique]. T'as un mec qui comprend tout, tout de suite, enfin on te prend toi en charge pour une colite néphrétique⁸¹⁶, on discute avec toi cinq minutes, t'as compris qu'il va y avoir les antalgiques, qu'il faut aller, que dans une heure si tu vas bien, tu vas ressortir. On te demandera de faire des examens en externe, on est sûrs que tu les feras parce que t'as compris. Là, là, t'es sûr qu'il [le patient rom] comprend pas quoi enfin, c'est, c'est quand même, donc pour qu'il comprenne, ça prend plus de temps, y'a la difficulté d'organiser les soins à l'extérieur donc il faut être sûr qu'ils reviennent, donc il faut les re-convoquer par, par le, à l'hôpital pour, parce que sinon ils iront jamais faire leurs examens. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Même constat de la part d'un interne de médecine générale en stage dans le service : prendre en charge des patients « roms » suppose de nombreuses explications détaillées, faute de quoi le traitement ne sera pas pris correctement. Selon lui, c'est la « mentalité » de ces patients qui serait à blâmer pour ces difficultés⁸¹⁷.

« Je sais pas si c'est un problème de compréhension du français sur les ordonnances ou d'explications apportées parce que, du coup, on explique quand même. Même quand on fait une ordonnance, on apporte beaucoup d'explications pour l'observance, parce que du coup c'est ce que, nous, on donne, c'est nos conditions qu'on a dans notre explication d'ordonnance qui fait que le patient y adhère ou pas. Donc est-ce qu'il y a cette barrière-là ou est-ce que c'est dans leur mentalité [rom] de, voilà, prendre le médicament tant que ça va pas bien et une fois que ça va mieux, de l'arrêter ? (...) Après c'est des choses que j'ai pas discutées avec eux, savoir pourquoi ils étaient, mais c'est vrai que s'ils sont moins observants. Ils peuvent revenir trois jours après en disant "ben non, on a pas pris le traitement", où ça se voit plus fréquemment que dans d'autres populations. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

D'après ces enquêtes, le mode de vie « nomade » et marginal des patients identifiés comme roms induirait donc indirectement – et selon des explications qu'on a vues contradictoires d'un professionnel à l'autre – incertitudes, risques professionnels et surcroît de travail. Les patients identifiés comme roms

⁸¹⁶ La colique néphrétique désigne des douleurs paroxystiques, violentes, spontanées ou provoquées (secousses) de la fosse lombaire allant vers les organes génitaux. Ces douleurs, qui requièrent une prise en charge immédiate résultent d'une obstruction de la voie d'excrétion du haut appareil urinaire, le plus souvent consécutive à un calcul rénal, entre le rein et la vessie.

⁸¹⁷ Certains professionnels associatifs mobilisent également des explications culturalistes pour expliquer le non-recours des Gens du voyage, Tsiganes, Roms, Manouches, Gitans, Sinté, etc. : « la manière d'appréhender le discours médical diffère selon le milieu d'appartenance. Les Gens du voyage sont très éloignés des concepts médicaux et, par conséquent, ils peuvent être moins attentifs aux différents symptômes, moins informés sur les maladies et les circuits de soins, et méfiants quant aux informations données en matière de santé » Muriel Leroux, Jean-Claude Guiraud, et Pierre Botton, « Santé des Gens du voyage: des associations se mobilisent », *op. cit.*, p. 4.

PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

arriveraient à l'hôpital, et notamment aux urgences, en moins bon état de santé général du fait de leurs « traditions culturelles », ce qui compliquerait leur prise en charge par les professionnels hospitaliers. Pourtant, comme nous allons le voir, les modes de recours aux urgences des patients présumés roms sont tout à fait comparables à ceux des patients précaires.

6.2. Derrière le mythe culturel, la réalité sociale de la précarité

La majorité des professionnels que nous avons rencontrés expliquent la non demande des usagers présumés roms en matière de soins par des arguments racialisants. Qu'elle soit motivée par la méfiance à l'égard de la société majoritaire ou par la possibilité de recourir à des ressources alternatives, cette non demande serait, d'après eux, le résultat d'un choix libre et volontaire guidé par leurs « traditions culturelles ». Dans un article consacré aux relations entre Gitans incarcérés et personnels des prisons au Portugal, Manuela Ivone Pereira da Cunha souligne que « *des membres du personnel (...) procèdent à l'exotisation des Gitans par une voie nouvelle, en attribuant à un choix culturel le fait que beaucoup d'entre eux résident dans les baraques des quartiers-bidonvilles. Oubliant que dans ces quartiers résident autant de non-Gitans et donnant un statut particulier à cette façon d'habiter, le personnel part du principe d'une différence culturelle gitane, mais en réalité il ne fait que la réduire à la marginalité sociale et, d'autre part, il enferme culturellement les Gitans dans cette marginalité.* »⁸¹⁸ Notre hypothèse est que les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés dans les établissements d'Ile-de-France utilisent le même processus d'exotisation pour expliquer les usages, par la « population rom », des services d'urgences. Pour le démontrer, nous allons vérifier qu'il existe des explications alternatives aux interprétations racialisantes proposées par la plupart des enquêtés pour expliquer les modes de recours aux urgences des patients identifiés comme roms. Puis, nous constaterons que le rapport aux soins des patients présumés roms, loin d'être le reflet de leur « différence culturelle », est avant tout caractéristique de leur précarité sociale. D'ailleurs, les professionnels que nous avons rencontrés

⁸¹⁸ Manuela Ivone Pereira da Cunha, « Les Gitans, la prison et le quartier: une relation spécifique devenue le modèle ordinaire », *op. cit.*, p. 44.

comparent parfois les patients présumés roms aux personnes sans domicile fixe dans leur rapport à la santé. En outre, la plupart des enquêtés affirment que les patients précaires font fréquemment appel aux urgences hospitalières pour traiter de problèmes de santé relevant de la compétence d'un médecin traitant, il ne s'agit donc pas d'une « spécificité rom » mais bien d'un usage courant et habituel. Ils l'expliquent notamment par le manque de professionnels installés en libéral, mais également par les manquements dont ces mêmes professionnels se rendraient coupables au regard du principe d'égalité d'accès aux soins.

6.2.1. Les usages sociaux des urgences par les « Roms »

Une seule enquêtée explique le non-recours aux soins des patients présumés roms autrement que par leur nomadisme ou leur « marginalité culturelle » : le docteur Wartner suggère en effet que la méfiance des usagers présumés roms à l'égard des institutions de santé françaises – induisant leur non-recours – pourrait résulter de leur précarité administrative, et non de leur « différence culturelle » par rapport à la société majoritaire.

« Pour les Roms, y'a une peur de l'institution qui est vécue comme un truc d'assistance et en même temps comme une sorte d'ordre public. Y'a beaucoup de gens qui pensent que, quand ils vont développer leur statut [donner leurs papiers d'identité], ça va les mettre en danger administrativement, ce qui est faux, mais bon. » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

Dans un article professionnel datant de 2007, le chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital d'Avicenne formule la même hypothèse, plus généralement à propos des patients sans papiers ou vivant avec des statuts précaires : « *ils redoutent en permanence une expulsion immédiate ou consécutive au non-renouvellement de leur autorisation de séjour. (...) Les personnes vivant dans ces situations de précarité administrative ont pour obsession permanente de "ne pas se faire repérer" et évitent à tout prix tout contact avec un milieu institutionnel, et notamment les hôpitaux. Elles finissent malheureusement parfois par y arriver en toute dernière extrémité d'une maladie très évoluée.* »⁸¹⁹ Cette explication alternative au non-recours aux soins des usagers présumés roms

⁸¹⁹ Olivier Bouchaud, « Prise en charge des migrants en situation de précarité », *op. cit.*, p. 50.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

contredit l'hypothèse émise par la majorité des enquêtés d'un choix dicté par leur « différence culturelle ». De même, Farid Lamara et Pierre Aïach notent que « *les problèmes rencontrés par ces populations [de tsiganes migrants] correspondent à ceux auxquels sont confrontées la plupart des populations en situation de grande exclusion : fragilisations juridique, économique, sociale et familiale caractérisées par l'absence de sécurité en matière de titre de séjour, de travail et de logement. Ces éléments, cumulés, aboutissent à les écarter du droit commun, et, par conséquent, à les rendre particulièrement vulnérables, notamment sur le plan de la santé.* »⁸²⁰ Pour ces auteurs, le non-recours aux soins des « Roms » n'est donc pas le résultat d'un choix volontaire, mais bien plutôt d'une « non demande contrainte », de celles qui « *ne peuvent être comprises indépendamment des positions sociales, des psychologies et des valeurs individuelles, elles-mêmes inscrites dans les histoires de vie* » des usagers⁸²¹.

Par ailleurs, les analyses de Gaëlla Loiseau nous dictent un autre argument allant dans le même sens : elle souligne que « *les Tsiganes, qu'ils soient français ou étrangers, subissent les mêmes discriminations dans l'accès aux soins. En conséquence, les patients tsiganes se dirigent plus spontanément vers les médecins qu'ils savent tolérants à leur égard* »⁸²². De même, des professionnels associatifs constatent que la méconnaissance du système médical et administratif, les difficultés linguistiques et les discriminations forment autant d'obstacles sur la voie de la prise en charge médicale des usagers identifiés comme roms. « *L'accès aux soins, pour la population [rom] rencontrée, est un véritable parcours du combattant. Il convient de savoir où s'adresser, de dépasser la barrière de la langue, de ne pas se décourager d'un accueil souvent peu favorable, de ne pas se laisser d'être à maintes reprises réorienté "ailleurs", d'être prêt à affronter l'extérieur, et notamment les forces de l'ordre pour les sans-papiers, d'avoir la chance de trouver quelqu'un qui guidera les personnes à travers les méandres administratifs qui aboutissent à une prise en charge, de posséder les sommes*

⁸²⁰ Farid Lamara et Pierre Aïach, « La place de la santé et des soins chez des Tsiganes migrants », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 121.

⁸²¹ Idem.

⁸²² *Ibid.*, p. 3. Jean-Pierre Liégeois (dir.), *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France: rapport d'étude de la Direction générale de l'action sociale*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2007, p. 172. Ce qui n'est pas sans rappeler les propos du directeur adjoint de la Clinique E à propos du docteur Pahn : « c'est LE médecin des Gens du voyage. Comme ils [les Roms] savent qu'il y a un médecin sympa qui les reçoit, tout le monde le sait et toute la communauté vient là » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E. PRUD'HOMME Dorothee | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

nécessaires pour obtenir les traitements, etc. »⁸²³. La non demande des « Roms » s'explique ainsi – au moins en partie – par la discrimination qu'ils subissent de la part des membres de la société majoritaire, dont les soignants. Des professionnels médico-sociaux notent également que *« ce sont des populations très vite stigmatisées par les représentations dont sont porteurs les acteurs de santé eux-mêmes »*⁸²⁴. Là encore, le non-recours résulte d'une « non demande contrainte » : comme l'explique Philippe Warin, *« l'intérêt des individus entre aussi en ligne de compte pour expliquer la non demande »*, notamment *« lorsque les conséquences (réelles ou supposées) induites par l'offre paraissent risquées »*⁸²⁵. Le non-recours aux soins des patients présumés roms ne saurait par conséquent être le résultat d'un choix motivé par leur « différence culturelle », mais bien plutôt la conséquence de contraintes subies telles que leur précarité administrative ou la discrimination raciale qu'ils subissent.

Voyons maintenant qu'il existe également des arguments alternatifs aux « traditions culturelles » pour expliquer la « volatilité » des populations identifiées comme roms en matière de soins. Dans un article daté de 2013, Alexandra Nacu montre comment les *« Roms est-européens installés en banlieue parisienne (...), sédentaires à l'origine, [sont] maintenu[s] avec le concours de l'action des pouvoirs publics dans un nomadisme forcé, perpétuant et même renforçant ainsi [leur] marginalisation. »*⁸²⁶ Or seuls quelques professionnels hospitaliers questionnent la perception des « Roms » comme culturellement nomades et mentionnent les politiques migratoires françaises comme un facteur susceptible d'expliquer la mobilité des populations identifiées comme roms. A l'instar de ses collègues, la cadre supérieure du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L considère que le « défaut de stabilité de domicile », l'« errance »⁸²⁷ des patients identifiés comme roms expliquent leur retard dans l'accès aux soins.

« [Chez les Roms] y'a peu de retard dans l'accès aux soins pour cause de méconnaissance de l'institution. Oui, il y a un retard d'accès aux soins, mais c'est pas par défaut [d'information], [c'est] par errance, mais errance, là, vraiment physique, défaut de stabilité de domicile, mais pas, pas tant que ça par méconnaissance de l'institution. » Anne-Marie

⁸²³ Equipe Romeurope, « Projet Romeurope », *op. cit.*, p. 119.

⁸²⁴ Muriel Leroux, Jean-Claude Guiraud, et Pierre Botton, « Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent », *op. cit.*, p. 5.

⁸²⁵ Philippe Warin, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? », *op. cit.*, p. 10.

⁸²⁶ Alexandra Nacu, « Les Roms migrants en région parisienne: les dispositifs d'une marginalisation », *op. cit.*

⁸²⁷ Notons qu'elle n'utilise pas le terme « nomadisme » pour décrire la mobilité des populations perçues comme roms.

Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Toutefois, durant l'entretien, Mme Renard laisse entendre que la mobilité des « Roms » serait davantage le résultat d'une contrainte subie que d'un choix culturel, comme par exemple à l'occasion de l'expulsion de campements illégaux dans lesquels ils vivraient parfois. Depuis 2007, date de l'entrée dans l'Union européenne de la Roumanie et de la Bulgarie, la France applique une politique d'expulsion très stricte en direction des ressortissants de ces pays présents sur le territoire français depuis plus de trois mois, sans emploi ou ressources suffisantes, dont la cible la plus évidente est cette population identifiée comme rom vivant dans des bidonvilles implantés illégalement aux abords des villes⁸²⁸. De cette politique migratoire particulièrement répressive résulterait, d'après cette cadre supérieure, la mobilité des personnes présumées roms et le non-recours aux soins qui en découlerait. De même, les assistantes sociales du service d'urgences générales de l'Hôpital public L font le lien entre la présence (ou non) de patients présumés roms dans l'établissement et la mise en œuvre d'une politique d'expulsion de ces « campements roms » lorsqu'elles déclarent : « on en a plutôt moins en ce moment. Y'a un moment où on avait beaucoup de prises en charge sociale de Roms mais maintenant moins, sans doute parce qu'il y a eu des démantèlements de camps »⁸²⁹. Les conditions de vie des « Roms » en « campements » résulteraient moins, selon elles, d'une spécificité culturelle ou d'un choix volontaire, que de la mise en œuvre d'une politique migratoire stricte à l'encontre de ces ressortissants étrangers.

L'interprétation racialisante proposée par la majorité des professionnels pour expliquer les usages « spécifiques » que les patients présumés roms feraient des services d'urgences est ainsi contestable. Les recherches menées sur les causes de non-recours ou de non-suivi médical des patients identifiés comme roms montrent que ce sont les politiques migratoires françaises, la précarité administrative et

⁸²⁸ Voir par exemple la Circulaire du 5 août 2010 relative aux évacuations des campements illicites (NOR : IOC/K/10/17881/J) qui vise l'évacuation « en priorité » des campements illicites « des Roms », disponible sur : *Circulaire du 5 août 2010 relative aux évacuation des campements illicites*, <http://www.gisti.org/spip.php?article2042>, consulté le 4 mars 2015.; Alexandra Nacu, « Les Roms migrants en région parisienne: les dispositifs d'une marginalisation », *op. cit.* Anaïs Faure Atger et Alejandro Eggenschwiler, « Les Roms, révélateurs des anomalies d'un "Espace de liberté, de sécurité et de justice au service des citoyens" », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 195-201. Nando Sigona, « L'Union européenne et les Roms: pauvreté, haine anti-Tziganes et gouvernance de la mobilité », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 213-222.

⁸²⁹ Carnet n°8, service d'urgences, Hôpital public L, 16.03.2012.

socio-économique des usagers en question, ainsi que la discrimination raciale à laquelle ils sont exposés, qui sont à l'origine de leur volatilité et de leur méfiance à l'égard des institutions françaises. Plus généralement, nous allons maintenant voir, en nous appuyant sur la littérature consacrée aux inégalités sociales de santé⁸³⁰, que le comportement en matière de santé des patients identifiés comme roms ne diffère pas de celui des patients précaires en général.

6.2.2. Un rapport aux soins comparable à celui des SDF

Quelques professionnels médico-sociaux remarquent, dans un article consacré à la santé des Gens du voyage⁸³¹, que « *leur situation n'est pas différente de celles d'autres minorités, les mêmes causes (précarité, pauvreté, relégation, illettrisme, racisme, etc.) produisent les mêmes effets : mauvais accès à la prévention et aux soins, même avec la CMU* »⁸³². Ils ajoutent : « *concernant le rapport aux soins, nous observons que la prise en charge de la maladie se fait tardivement. Les personnes [appartenant à la communauté des Gens du voyage] attendent de vivre des situations critiques pour se diriger vers des services de soins. Leur rapport à la santé peut alors apparaître comme de la négligence et le non-souci de soi. En fait, il s'agit d'une rupture vis-à-vis de la médecine et des complications dues aux déterminants socio-éducatifs et au vécu de ces familles.* »⁸³³. Parmi les professionnels que nous avons rencontrés, rares sont ceux qui considèrent les patients présumés roms exclusivement sous l'angle de leurs conditions socio-économiques – c'est-à-dire sans mentionner leurs « spécificités culturelles » – pour expliquer l'état de santé dégradé dans lequel ils se présentent aux urgences. Parmi

⁸³⁰ Voir par exemple : Pierre Aïach, *Les inégalités sociales de santé*, op. cit. ; Didier Fassin, *Inégalités et santé*, op. cit. ; Didier Fassin, *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte., Paris, 2000 ; Pierre Lombrail et Jean Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 1 octobre 2005, vol. 8, n° 3, p. 31-39 ; Isabelle Parizot, *Soigner les exclus : identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Presses universitaires de France, 2003, 296 p.

⁸³¹ Pour les auteurs, « il existe d'autres termes pour désigner les Gens du voyage : Tsiganes, Roms, Manouches, Gitans, Sinte, etc., termes qui renvoient à l'appartenance culturelle, identitaire. » Muriel Leroux, Jean-Claude Guiraud, Pierre Botton, « Santé des Gens du voyage : des associations se mobilisent », *La Santé de l'Homme*, août 2007, n°390, p.4.

⁸³² Muriel Leroux, Jean-Claude Guiraud, et Pierre Botton, « Santé des Gens du voyage: des associations se mobilisent », *La Santé de l'Homme*, août 2007, n° 390, p. 4. Muriel Le Roux est éducatrice spécialisée, responsable du pôle social de l'association Relais Accueil Gens du voyage de Rouen ; Jean-Claude Guiraud est médecin et président du comité de coordination pour la promotion et la solidarité des communautés en difficulté – Migrants et Tsiganes à Toulouse ; Didier Botton est directeur de la commission santé à la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat).

⁸³³ *Ibid.*, p. 5.

ceux-là, on retrouve le docteur Wartner pour qui les conditions de vie précaires des patients identifiés comme roms expliquent leur rapport distant à la santé et aux soins. Elle rejette la particularité des « Roms » pour les comparer aux autres patients précaires.

« Ne pas s'inscrire dans un circuit de soin traditionnel n'est pas l'apanage des Roms ! C'est l'apanage de la précarité, de la survie, c'est tout... » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

De même, pour Marcel Boughalem, le cadre du service d'oncologie de l'hôpital public A, les difficultés financières seraient la principale cause de détection tardive des cancers chez les populations qu'il identifie comme roms. Selon lui, les « Roms » auraient d'autres soucis à régler avant de pouvoir se préoccuper de leur santé, ce qui expliquerait le fait qu'il y ait tellement peu de patients « roms » hospitalisés dans le service d'oncologie dans lequel il travaille.

« On en a hein ! On en a [des patients roms en oncologie], mais c'est, c'est assez rare. (...) Alors, ou ils se soignent pas, je sais pas, je ne me suis pas posé la question. (...) Déjà on a une détection tardive dans notre bassin de population, alors peut-être qu'eux, ils sont... (...) C'est la précarité, la santé, c'est la dernière roue de carrosse quand on n'a pas d'argent. Ils ont d'autres soucis hein, on vient vraiment voir le médecin quand on est au bout du rouleau. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

Ces arguments rejoignent les analyses de Luc Boltanski selon lesquelles *« tout se passe en effet comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une "sélection" ou d'une "attribution" différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent. »*⁸³⁴ Or, si la majorité des professionnels hospitaliers interrogés considèrent que les « Roms » sont des usagers précaires, qui vivent dans des conditions socio-économiques difficiles, appartenant globalement aux classes sociales les plus modestes, ils sont paradoxalement peu nombreux à faire le lien entre cette précarité et les inégalités sociales de santé dont ils souffrent. Mme Renard, la cadre supérieure de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L, fait partie des rares enquêtés – avec Marcel Boughalem – à parler de « hiérarchisation des

⁸³⁴ Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *op. cit.*, p. 211. Pour une mise en perspective, voir en annexe le tableau relatif à la répartition des recours aux urgences en fonction de la date de début de situation, p.600.

priorités » pour justifier le défaut de suivi médical et la non-observance des patients présumés roms.

« Y'a [chez les Roms] une notion de, de, pauvreté, de pauvreté sociale, de pauvreté vraiment d'argent, beaucoup plus grande (...). Ça change beaucoup de choses sur le suivi, sur la hiérarchisation des priorités, leur suivi de grossesse va pas être leur priorité, "après tout, au pays, voilà, ça se passe plutôt bien, même si on vient pas. T'es gentille mais, ton régime, j'ai le diabète d'accord, mais ton régime, t'es gentille, je vais faire ce que je peux ou, ou je m'en fous", voilà, voilà y'a une hiérarchisation des priorités de vie qui est modifiée, donc pour intégrer un suivi médical là-dedans, c'est pas évident. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Cette perception des motifs de non-recours aux soins des patients présumés roms se trouve confirmée par les études menées dans le milieu associatif sur cette question. Ainsi, l'équipe du collectif national des droits de l'homme Romeurope⁸³⁵ constate également que « *bien que la santé soit considérée comme importante [par les Roms], elle n'est pas prioritaire dans les préoccupations quotidiennes des personnes, et ceci, essentiellement parce que d'autres problèmes, notamment liés aux conditions de vie, accaparent leur attention. Elles n'autonomisent donc pas la santé* »⁸³⁶. Le parallèle entre les propos de ces quelques enquêtés, les rapports produits par le milieu associatif à propos des « Roms » et les analyses de Yann Benoist relatives au recours aux soins des personnes sans domicile fixe sont frappantes. Notons d'ailleurs que les enquêtés comparent parfois les « Roms » aux personnes sans domicile fixe (SDF), dont ils partageraient les conditions de vie misérables et les problèmes de santé.

« Moi, ça fait une trentaine d'années que je suis sur l'hosto, je vais te dire que des gens précaires, avant qu'il y ait des Roms et tout ça, on avait connu les clochards traditionnels. » Daniel, ~50 ans, aide-soignant, service d'urgences, Hôpital public P.

Ainsi, il arrive que les usagers identifiés comme roms soient décrits comme particulièrement sales du fait de leurs conditions de vie « dans la rue » ou « en campement »⁸³⁷. Les propos de certains enquêtés relatifs à la propreté des usagers

⁸³⁵ Voir le site du collectif Romeurope : *Collectif Nationale Droits de l'Homme ROMEUROPE*, <http://www.romeurope.org/spip.php?rubrique1>, consulté le 4 mars 2015.

⁸³⁶ Equipe Romeurope, « Projet Romeurope », *op. cit.*, p. 118. Voir aussi : Farid Lamara, Pierre Aïach, « La place de la santé et des soins chez les Tsiganes migrants », *Hommes et Migrations – Santé, le traitement de la différence*, n°1225, mai-juin 2000, p.119.

⁸³⁷ Norbert Elias remarque que « *lorsque les inégalités de pouvoir sont très grandes, les groupes intrus et opprimés sont souvent entachés d'une réputation de crasse ; c'est à peine s'ils sont encore humains.* » Norbert Elias et John L. Scotson, *The established and the outsiders: a sociological enquiry into community problems*, London, Sage, 1994, p. 43. PRUD'HOMME Dorothee | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

présupposés roms se rapprochent des jugements que portent les professionnels interrogés par Yann Benoist au sujet des usagers sans domicile fixe⁸³⁸.

« J'estime qu'on est là pour tout le monde. Ok, ça t'emmerde, c'est des Roms, ok ça t'emmerde, (...) y'en a [parmi mes collègues qui disent] "ah non, non, moi je veux pas les voir", [je leur réponds] "bah oui, mais, moi aussi, celui qui a les pieds qui puent, j'ai pas très envie de le voir !" » Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« Les bébés [roms] quand ils arrivent ici, c'est waouh ! Limite t'as pas envie de les prendre ! (...) C'est limite, ils ont du cambouis sur le visage. Y'a un manque d'hygiène chez eux affolant. » Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

« Et puis, tu as le cliché du Rom qui vient en pantoufles, qui pue, mal lavé, enfin tu vois, avec les fringues complètement dépareillées, enfin t'as des clichés, comme t'as des clichés partout quoi. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Or, d'après cet auteur, « *le refus de soins est courant chez les SDF ; on le constate à tous les niveaux de la prise en charge, du recueil social à l'hospitalisation.* »⁸³⁹

Il montre que si le déficit de soins dont souffrent les personnes sans domicile fixe est lié au refus d'aller voir un soignant et à la non-observance des traitements, contrairement à ce qui est communément admis, ces comportements ne résultent pas uniquement de pathologies psychiatriques. Il relève que, pour les SDF qu'il a interrogés, la souffrance physique et la maladie sont considérées comme des problèmes secondaires, leur principale préoccupation étant de répondre à leurs besoins immédiats (se nourrir, se loger, rester propre, mais également répondre à des addictions)⁸⁴⁰. « *Ce qui est reconnu comme pathologique par un médecin ne le sera pas nécessairement par la personne concernée. Un sans-logis n'aura donc pas recours à la médecine au moment où le soignant le jugerait important.* »⁸⁴¹ Les conditions de vie et les motifs de non-recours aux soins des SDF et des Roms sont ainsi comparables. « *Si des facteurs culturels interviennent dans les comportements et les attitudes des personnes [roms] sur leur rapport à la santé et aux institutions médicales, les déterminants sociaux sont incontestablement prééminents* »⁸⁴². Les patients perçus comme roms sont finalement des patients en situation de grande précarité comme d'autres, pour qui la santé est une

⁸³⁸ « Aux yeux des autres personnes, les clochards sont souvent "sales", beaucoup "sentent mauvais", quelques-uns sont "incontinents", certains semblent "fous", etc. Ils donnent une image inquiétante de l'humanité. » Yann Benoist, « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, 2008, vol. 26, n° 3, p. 29.

⁸³⁹ *Ibid.*, p. 22.

⁸⁴⁰ *Ibid.*, p. 29.

⁸⁴¹ *Ibid.*, p. 30.

⁸⁴² Equipe Romeurope, « Projet Romeurope », *op. cit.*, p. 119.

préoccupation subalterne au regard de leurs difficultés socio-économiques. Ils diffèrent peu, dans leurs usages des institutions de santé, des membres des classes populaires qui *« invoquent généralement, pour justifier leurs conduites médicales, la pression de la nécessité plutôt qu'une règle morale, un "principe" fermement institué et strictement suivi. Si on refuse de "s'écouter", si on attend la dernière extrémité pour "aller voir le médecin", se "faire opérer" ou "rentrer à l'hôpital", c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiques notamment, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail, du travail physique que l'on exige continuellement du corps. »*⁸⁴³

Le comportement des patients identifiés comme roms vis-à-vis des soins de santé est ainsi comparable à celui des personnes appartenant aux classes sociales les plus modestes, parmi lesquelles les personnes sans domicile fixe. Comme le souligne Nicolas Belorgey, *« les patients situés au bas de l'échelle sociale se soignent moins bien et arrivent à l'hôpital avec des pathologies plus avancées que les autres »*⁸⁴⁴. Par conséquent, d'une part, prendre en compte les « spécificités culturelles » des patients présumés roms s'avère superflu pour expliquer les inégalités sociales de santé dont ils souffrent ; d'autre part, ils ne sont manifestement pas les seuls patients dont l'usage des services d'urgences est jugé déviant par les professionnels hospitaliers.

6.2.3. Précarité et « bobologie » aux urgences

Comme nous l'avons vu, l'idée selon laquelle les « Roms » utiliseraient les services d'urgences comme s'il s'agissait d'une consultation de médecine générale est largement répandue parmi les enquêtés⁸⁴⁵. Cette perception est notamment confirmée par un rapport sur la situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Ile-de-France de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (ORS), daté de janvier 2012, qui indique que *« l'accès aux soins apparaît relativement précaire pour la plupart des Roms, y compris pour ceux bénéficiant*

⁸⁴³ Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *op. cit.*, p. 219.

⁸⁴⁴ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 87.

⁸⁴⁵ « De par leur situation, leur mode de vie, [leur motif de recours aux urgences] c'est souvent des, c'est tout, c'est tout et n'importe quoi, c'est des maux de ventre, des maux de tête, des plaies, des trucs comme ça, des trucs qui sont pas bien soignés... parce qu'ils sont pas bien soignés de par leur situation sociale, voilà. » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

de l'AME ou, dans une moindre mesure, de la CMU. En Ile-de-France, cet accès aux soins semble se faire fréquemment via les services des urgences hospitalières et les Permanences d'accès aux soins de santé, PASS »⁸⁴⁶. Toutefois, de nombreux professionnels interrogés reconnaissent que ce mode de recours n'est pas l'apanage des patients perçus comme roms. Selon eux, la majeure partie des publics précaires s'adresse aux urgences hospitalières pour toutes sortes de problèmes de santé, y compris les pathologies les plus bénignes relevant de la compétence des médecins généralistes de ville. Les urgences « vitales » ne représentent finalement qu'une faible proportion des prises en charge réalisées dans ces services.

Comme le soulignait déjà Jean Peneff en 1992, « le devoir de service public implique que tout individu qui se présente est examiné quels que soient le moment, sa condition, ses symptômes. (...) La part des urgences dites ressenties ou légères continue de croître par rapport aux urgences vitales ; (...) [elles représentent] 78 % à Paris, dans tous les hôpitaux de l'Assistance publique. La plupart de ces admis peuvent quitter les urgences sans être hospitalisés, c'est-à-dire après quelques soins, un examen ou un réconfort. Les urgences jouent ici un rôle de consultation médicale. »⁸⁴⁷ L'analyse des données recueillies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques lors de l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières de juin 2013⁸⁴⁸, nous apprend que seuls 4,73 % des patients accueillis dans les services d'urgences français le 11 juin 2013 présentaient un motif de recours relevant des urgences vitales (4,15 % en région Ile-de-France).

⁸⁴⁶ Sandrine Halfen, *Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Ile-de-France*, op. cit., p. 61. En 1999, l'Association Tsiganes Solidarités notait que les « Roms » « utilisent l'hôpital comme "médecin de famille", car il représente leur seul moyen d'accès aux soins. » Elle ajoutait que « le personnel hospitalier n'apprécie pas ce détournement du dispositif. » Association Tsiganes Solidarités, « La santé et l'accès aux soins à Toulouse », op. cit. Voir également Claire Delepouille et Mathilde Fabre, *Représentations et vécu de la grande précarité par le personnel des urgences du Centre Hospitalier de Chambéry*, Thèse de Médecine, Université Joseph Fourier, Grenoble, 2012, p. 35.

⁸⁴⁷ Jean Peneff, *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992, p. 30.

⁸⁴⁸ L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières a été menée le 11 juin 2013. Elle couvre l'ensemble des structures d'accueil et de traitement des urgences, autorisées au sens des décrets 2006-576 et 2006-577, générales comme pédiatriques, des établissements de santé en France métropolitaine comme dans les DOM. Cette enquête comporte deux volets complémentaires, devant être recueillis par les professionnels des établissements de santé :
- un volet sur les structures elles-mêmes avec la description de leur organisation et de leurs moyens sur l'ensemble de l'année et le jour de l'enquête (décompte des personnels et patients présents à différentes heures de la journée) ;
- un volet sur les patients avec une collecte des motifs de recours, de la pathologie, et un descriptif de la prise en charge réalisée aux urgences jusqu'à la sortie de la structure. L'ensemble des patients se présentant entre 8 heures le jour de l'enquête et 8 heures le lendemain, sera enquêté. Les patients et leurs accompagnants sont informés de la réalisation de l'enquête par une note qui leur est présentée ainsi que par des affiches placées dans les locaux d'accueil. Préalablement à la réalisation de l'enquête les avis du Cnis de la CNIL ont été recueillis.

Pour plus d'informations, voir: *Direction recherches, études, évaluation et statistiques*, <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>, consulté le 4 mars 2015.

Tableau 1: Répartition des patients en fonction du type de prise en charge aux urgences

	France		Ile-de-France	
	nombre	%	nombre	%
Total des patients pris en charge	52018	100,00	10903	100,00
En salle d'accueil des urgences vitales	2463	4,73	452	4,15
Hors salle d'accueil des urgences vitales	48817	93,85	10110	92,73
Non renseigné	737	1,42	341	3,13

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

Une très grande majorité des patients s'adresse donc aux urgences hospitalières pour des motifs de recours ne constituant pas des « urgences vitales » au sens strict du terme, dont une part non négligeable relèverait sans doute des compétences d'un médecin traitant⁸⁴⁹. D'après les professionnels hospitaliers interrogés, la précarité économique et administrative des patients expliquerait qu'ils n'aient pas déclaré de médecin traitant et qu'ils s'adressent par défaut aux urgences pour des motifs relevant de la médecine libérale. Comme le souligne Gilles qui est infirmier aux urgences de l'Hôpital public L, les patients identifiés comme roms ne sont pas les seuls à s'adresser aux urgences hospitalières pour des pathologies relevant de la compétence d'un médecin traitant.

« Mais ça c'est pas, c'est pas lié certainement aux Roms, y'a beaucoup de gens qui sont d'origine étrangère, d'ailleurs pas seulement d'origine étrangère, c'est plutôt les gens des secteurs, des zones un peu défavorisées qui n'ont pas de médecin traitant et qui sont venus une fois aux urgences, deux fois aux urgences, on s'est occupé d'eux parfois dans des conditions d'urgences, et puis après ils reviennent parce qu'ils disent, ils sont déjà connus là, ils ont un dossier et puis, de toutes façons, ils ont pas de médecin traitant (...). Ces gens-là quand on les questionne de façon un peu détaillée sur pourquoi ils ne vont pas voir leur médecin traitant, on se rend compte, (...) quand on va chercher la raison, c'est qu'en fait ils sont, ils ont la CMU ou voilà, et, ou alors un système de tiers-payant, enfin bref, ils ont pas suffisamment d'argent pour avancer le prix d'une consultation et se faire rembourser après, et alors concrètement, quand ils viennent pour une bêtise, par exemple une rhinite – y'a des patients qui viennent aux urgences pour rhinite ! – ces patients-là c'est pas, c'est pas le monsieur cadre qui a son médecin traitant etc., qui a aucun problème pour lui payer sa consultation et se faire rembourser ensuite par la sécu, non, non, ces gens-là vont pas s'embêter à attendre trois heures dans une salle d'attente pour une rhinite, non, c'est quelqu'un qui n'a pas les moyens d'avancer les sous, qui n'a pas de médecin traitant et qui donc trouve porte ouverte ici. » Gilles, 43 ans, infirmier, services d'urgences, Hôpital public L.

Interrogée sur la diversité des publics qui se présentent dans le service d'urgences pour lequel elle travaille, Paola, aide-soignante aux urgences de l'Hôpital L, lie

⁸⁴⁹ Voir également en annexe le tableau présentant la répartition des recours aux urgences en fonction des motifs invoqués par les patients, p.601.

précarité administrative (« pas de papiers »), « barrière de la langue » et recours aux urgences pour des motifs relevant de la médecine libérale, pour finalement évoquer les difficultés financières des patients concernés par ces pratiques.

« La plupart du temps, s'ils n'ont pas de papiers, [il y a] la barrière de langue, donc pas de médecin généraliste, et pas de médecin généraliste, ça veut dire venir pour un rhume aux urgences. Voilà, c'est ça qui est problématique, c'est qu'ils devraient peut-être parler un peu français pour qu'on puisse leur expliquer qu'en France y'a des médecins généralistes, qui fait que vous avez pas besoin d'attendre quatre heures aux urgences et que vous pouvez prendre rendez-vous et être vu par un médecin assez rapidement. Certes, faut payer la consultation, après c'est peut-être ça aussi [le problème], les moyens [financiers]. » Paola, 27 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public L.

Quand elle est invitée à préciser en quoi, selon elle, les usagers qu'elle identifie comme roms sont des usagers comme les autres, elle répond que, comme tout autre patient en situation irrégulière qui ne dispose pas de couverture sociale, les patients « roms » ont une perception particulière de l'hôpital : du fait de leurs moyens financiers réduits, cette institution représente leur unique accès possible aux soins.

« Ça, c'est toute personne, de toutes façons, qui n'a pas de papiers, ne considère [pas] l'hôpital comme, ne considère pas l'hôpital comme un hôpital. (...) Toute personne qui n'a pas de papiers sait qu'il n'a pas de papiers donc qu'il peut pas se payer le médecin, [toute personne] qui n'a pas de couverture sociale, prend l'hôpital pour [son médecin traitant], voilà pour se soigner, ne considère pas l'hôpital pour un hôpital. Ça, c'est même pas une culture ou une autre euh... » Paola, 27 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour Cécile, infirmière dans le même service, le recours systématique aux urgences est à mettre en relation avec le type de couverture sociale dont bénéficient les patients. Les patients les plus précaires allocataires de l'Aide Médicale d'Etat ou de la Couverture Médicale Universelle se tourneraient systématiquement vers les urgences pour tous leurs problèmes de santé.

« Ici, y'a beaucoup de gens qui ont la CMU, qui ont l'Aide Médicale [d'Etat], donc forcément quand tu leur demandes s'ils ont un médecin traitant, ils te disent "bah non, ça sert à quoi de toutes manières ? Je viens aux urgences, c'est ici mon médecin", la plupart c'est ça. » Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Le rapport d'activité 2012 du fond CMU souligne pourtant que *« les écarts de déclaration de médecin traitant entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés n'ont cessé de se resserrer depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés. Au régime général, fin décembre 2012, 90,1 % des bénéficiaires de la CMU-C avaient désigné un médecin traitant (ils n'étaient que 68,8 % à fin décembre 2006), soit un pourcentage équivalent à celui des non bénéficiaires de la*

CMU-C (90,2 %). »⁸⁵⁰ Par ailleurs, l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières de juin 2013 conduite par la Drees montre que seulement 1,48 % des usagers reçus dans les services d'urgences de la région Ile-de-France étaient bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Tableau 2: Répartition de la patientèle en fonction de la situation assurantielle

	France		Ile-de-France	
	nombre	%	nombre	%
Total de la patientèle tout âge confondu	52018	100,00	10903	100,00
Régime de la sécurité sociale	44215	85,00	8480	77,78
AME	412	0,79	161	1,48
Aucun droit ouvert en France	704	1,35	210	1,93
Ne sait pas	1160	2,23	320	2,93
Non renseigné	3348	6,44	1211	11,11
Question filtrée	2179	4,19	521	4,78

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

Le lien entre bénéfice de l'AME ou de la CMU et recours aux services d'urgences – plutôt qu'aux médecins traitants – n'est donc pas si évident. Si la plupart des enquêtés considèrent que les populations précaires s'adressent fréquemment aux urgences pour des motifs relevant de la compétence d'un médecin traitant, tous ne font pas reposer la faute de ces usages jugés déviants sur les publics concernés. En effet, certains professionnels expliquent que ce sont les médecins traitants qui seraient responsables – directement ou non – de la transformation, par les usagers précaires, des urgences en « services tampons multifonctionnels »⁸⁵¹.

6.2.4. Faute de / du médecin traitant

Pour Nicolas Belorgey, « *il y a des degrés dans la précarité et, pour estimer la tâche des services d'urgences, il convient avant tout de mettre en rapport les besoins d'une population et la réponse qui y est apportée par le système de soin en général* »⁸⁵², par exemple les équipements sanitaires disponibles dans le département. Ainsi, d'après l'auteur, « *la fréquentation d'un service d'urgences, et donc son TU moyen [le temps d'attente et de passage moyen dans les services*

⁸⁵⁰ Rapport d'activité du fond CMU, 2012, p. 22.

⁸⁵¹ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 19.

⁸⁵² Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 198.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

d'urgences]⁸⁵³, dépendent (...) de l'offre alternative de soins alentour (...). On y constate une relation inverse entre la densité des soignants qui exercent en libéral et le recours aux urgences pour des motifs bénins. Ainsi, la rareté relative d'une offre de soins légers est de nature à augmenter la fréquentation des services d'urgences pour ce même type de besoins, et partant, le TU moyen de ces services. On constate aussi que ce sont les départements les plus pauvres qui pâtiennent le plus de ce phénomène. »⁸⁵⁴ Certains professionnels hospitaliers rencontrés désignent, eux aussi, le manque de médecins traitants sur le territoire de santé comme une des causes majeures de l'encombrement des urgences. Faute de médecins traitants disponibles ou accessibles – « y'a pas de médecin traitant » est une affirmation qui revient fréquemment dans les propos des enquêtés –, les malades se tourneraient vers les services d'urgences.

« C'est des gens qui consultent aux urgences souvent parce que y'a pas d'autres recours, parfois c'est parce que la situation le demande, parce que c'est urgent, mais y'a aussi beaucoup de gens qu'on voit en médecine qui viennent juste pour, pour être pris en charge, parce qu'il y a pas autre chose, y'a pas de médecin traitant, y'a pas de, d'autre moyen. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Pour moi, les urgences, c'est un reflet de plein de choses qui se passent quand même, parce que c'est un reflet de l'hôpital qui marche pas bien, parce que plus l'hôpital en salle ne marche pas bien, plus y'a de monde aux urgences, plus y'a un manque en ville, plus y'a de monde aux urgences et plus la société va pas bien et plus y'a de monde aux urgences. D'ailleurs y'a de plus en plus de monde aux urgences (*rires*) ! » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Toutefois, si certains établissements enquêtés – tels que la Clinique privée E ou l'Hôpital public A – sont effectivement situés sur des territoires dans lesquels la densité de généralistes en activité régulière est faible, ce n'est pas le cas des établissements implantés à Paris *intra-muros*⁸⁵⁵, tel l'Hôpital L par exemple où travaille le docteur Moreau précédemment citée. Il faudrait alors peut-être entendre dans cette affirmation « y'a pas de médecin traitant » le fait que les patients n'auraient pas déclaré de médecin généraliste, comme ils y sont invités afin de bénéficier d'un suivi médical et du remboursement normal de leurs dépenses de

⁸⁵³ « Il s'agit du temps qui s'écoule entre le moment où un patient se présente à l'accueil d'un service d'urgence et celui où il quitte ce service. » Nicolas Belorgey, « Pourquoi attend-on aux urgences? », op. cit., p. 25.

⁸⁵⁴ *Ibid.*, p. 34.

⁸⁵⁵ Voir à ce sujet : la carte n°13 « Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière » de *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014*, Paris, Conseil national de l'ordre des médecins, 2014, p. 50.

santé⁸⁵⁶. Mais là encore, les données de l'enquête conduite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques⁸⁵⁷ indiquent qu'en Ile-de-France, plus de 73 % des patients reçus le 11 juin 2013 avaient déclaré un médecin traitant et seuls 10 % des usagers confiaient ne pas en avoir.

Tableau 3: Répartition de la patientèle en fonction de la déclaration d'un médecin traitant

	France		Ile-de-France	
	nombre	%	nombre	%
Total de la patientèle tout âge confondu	52018	100,00	10903	100,00
A un médecin traitant	42909	82,49	8001	73,38
N'a pas de médecin traitant	3235	6,22	1064	9,76
Non renseigné	2475	4,76	1085	9,95
Question filtrée	3399	6,53	753	6,91

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

Or, si les usagers précaires constituent effectivement la majorité du public des services d'urgences (soit largement plus de 10 % des usagers), au moins une partie d'entre eux a nécessairement choisi officiellement un médecin généraliste. On peut par conséquent en déduire qu'un grand nombre de patients (précaires ou non) ayant choisi un médecin traitant s'adressent malgré tout aux urgences pour trouver une solution à leurs problèmes de santé bénins.

Dans son ouvrage consacré aux patients des services d'urgences, Jean Peneff cite trois raisons avancées par les malades pour justifier leur choix de recourir aux services d'urgences plutôt qu'aux médecins généralistes installés en libéral :

- 1) la rigidité des horaires et le manque de moyens techniques des médecins libéraux,
- 2) l'extension progressive du secteur conventionné à honoraires libres qui signifie une augmentation globale du coût des consultations libérales pour le patient,
- 3) le caractère plus informel des relations de soins associé à une pratique médicale « moderne » dans le cadre hospitalier⁸⁵⁸.

⁸⁵⁶ Voir : Code de la sécurité sociale, articles L162-5 à L162-5-4 : Désignation du médecin traitant (article L162-5-3) *Code de la sécurité sociale*, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006186122&cidTexte=LEGITEXT000006073189>, consulté le 4 mars 2015.

⁸⁵⁷ *Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Voir: <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html> (consulté le 10/12/2014).

⁸⁵⁸ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 58.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Selon lui, « les urgences “soignent” les défaillances de l’organisation libérale (fermeture des cabinets, longue attente de rendez-vous avec les spécialistes, radiologie et laboratoires aux horaires rigides). »⁸⁵⁹ L’observation des entretiens d’accueil et d’orientation réalisés par le personnel paramédical des services d’urgences, tout comme celle des consultations médicales, a permis de constater le caractère récurrent, voire routinier, de l’invitation à choisir et consulter un médecin traitant faite aux patients se présentant aux urgences pour un motif jugé anodin. Les réponses adressées par les patients aux professionnels des établissements publics et privés enquêtés corroborent l’analyse de Jean Peneff. Premièrement, les patients jugent les horaires des cabinets libéraux trop rigides :

« Le patient arrive, je dis au patient "qu’est-ce que vous foutez là ? Il fallait aller voir votre médecin traitant !" (...) Tu crois que, la prochaine fois, il va aller chez le médecin traitant ? Mais [non] parce qu’il va chez son médecin traitant, le médecin traitant lui dit "va aux urgences". Donc, si tu veux, les patients, ils sont habitués à passer à côté du médecin traitant pour gagner du temps (...). Parce que les médecins traitants, il faut prendre rendez-vous. Ça, c’est la folie, je comprends pas pourquoi. J’ai une grippe par quarante de fièvre, mon médecin traitant me dit "vous prenez rendez-vous dans une semaine". Ça, c’est n’importe quoi. (...) Tu sais combien de médecins traitants, ils ont mis la liste de rendez-vous ? Ça, c’est la folie. Alors les patients, qu’est-ce qu’ils font ? Ils vont où ? Ici. Donc ça sert à rien de dire "il faut aller chez votre médecin traitant" parce que 90 % des fois, ils te disent "ben oui mais il me donne un rendez-vous dans dix jours". » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d’urgences, Hôpital public A.

« Ici, ce sont des gens du territoire qui viennent depuis des années, qui ont un médecin traitant, mais dès qu’ils sentent que le médecin traitant n’est pas là le week-end, est en vacances ou qu’ils l’ont vu trois jours avant mais ça ne va pas mieux, ils ont appelé mais ils sont saturés... Les cabinets médicaux aujourd’hui, moi, les gens s’excusent : "excusez-moi de venir vous voir mais je sors du cabinet de mon médecin et y’a soixante-dix personnes dans la salle d’attente. Je ne vais pas être vu avant 20h". Les cabinets médicaux sont saturés aujourd’hui. (...) Ils savent que c’est les urgences ici et ils viennent ici comme étant un lieu de dernier recours. Pour des raisons multiples et variées, le médecin n’est pas là ou il est là mais pas disponible. » Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur du service, service d’urgences, Clinique privée E.

Les données recueillies dans le cadre de l’enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières⁸⁶⁰ montrent effectivement que, dans environ 20 % des cas, la venue aux urgences est caractérisée par les patients comme un « second choix » résultant de l’absence ou de l’indisponibilité des généralistes installés en libéral.

⁸⁵⁹ *Ibid.*, p. 168.

⁸⁶⁰ *Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013, op. cit.*
PRUD’HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Tableau 4: Répartition des venues aux urgences en fonction du choix

	France		Ile-de-France	
	nombre	%	nombre	%
Total des venues aux urgences	52018	100,00	10903	100,00
Venues comme second choix par défaut*	10239	19,68	2172	19,92
Venues comme premier choix	35725	68,68	6867	62,98
Non renseigné	2655	5,10	1110	10,18
Question filtrée	3399	6,53	753	6,91

**mon médecin était absent, je n'ai trouvé aucun médecin en cabinet, je n'ai trouvé aucun médecin qui pouvait se déplacer, j'ai besoin d'un examen rapidement et je n'arrive pas à trouver de rendez-vous, j'ai essayé de me soigner seul, sans résultat, j'ai consulté, mais cela ne va pas mieux malgré le traitement.*

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

Deuxièmement, les professionnels hospitaliers constatent eux-mêmes l'extension du secteur conventionné à honoraires libres parmi les consultations libérales, ce qui conduit les patients les plus modestes à préférer des consultations moins coûteuses auprès des services d'urgences.

« Peu à peu le secteur 1 disparaît et, comme le secteur 2, les gens peuvent pas [payer le surcoût], il ne reste plus de la lumière qu'à l'hôpital et aux urgences. » Jean-Marie Atier, ~55 ans, directeur, Hôpital public G.

Pour certains enquêtés, le coût de la consultation d'un généraliste installé en libéral constituerait pour certaines « communautés » – dont les patients présumés roms – une limite infranchissable qui les conduirait à s'adresser de préférence à l'hôpital public.

« [Les Roms c'est] comme les communautés maghrébines ou les communautés africaines qui n'ont pas, comme je te disais, de culture médicale, donc pour eux, ben voilà, "j'ai mal au ventre, j'ai mal à la tête, le médecin, c'est l'hôpital", et puis c'est des communautés qui ont pas énormément d'argent, enfin je dis ça, c'est des généralités, je, je – vraiment c'est pas des généralités que je veux faire mais – donc l'hôpital public, je veux dire, voilà, ils auront une consultation, ils verront un médecin, ils ne paieront pas, c'est quand même vachement important, c'est une grande limite. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Enfin, troisièmement, certains médecins soulignent le caractère plus informel, « impersonnel » des consultations hospitalières qui pousserait les malades à « trouver une excuse » pour les préférer aux consultations libérales.

« Le service d'urgences public, par définition, c'est impersonnel » Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur du service, service d'urgences, Clinique privée E.

« Y'a une contradiction entre la demande qui est forte, l'offre qui est limitée. On s'adapte, parce que l'analyse qu'on fait [c'est] : pourquoi les gens viennent? Pourquoi les médecins traitants ne voient pas leurs patients ? Alors y'a plusieurs causes, y'a pas une cause claire, j'ai pas fait une étude précise mais on a l'impression que, les gens, malgré l'instauration du

médecin traitant, ça ne marche pas dans la réalité, parce que il y a toujours une excuse pour le patient pour dire "aujourd'hui, mon médecin consulte pas, j'ai pas de rendez-vous, c'est à côté de mon travail... donc finalement je viens ici". » Damien Roger, 45 ans, praticien hospitalier, service d'urgences et SMUR, Hôpital public G.

On retrouve ainsi, dans les propos des professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés, les trois types de justification proposées par J. Peneff pour expliquer le fait que les patients s'adressent aux urgences hospitalières plutôt qu'aux médecins généralistes installés en libéral pour traiter de leurs problèmes de santé. Toutefois, ces trois motifs ne suffisent pas à expliquer l'affluence de patients précaires dans les services d'urgences observés : il convient d'y ajouter la faute *du* médecin traitant.

En effet, la discrimination dont les médecins généralistes font preuve envers les patients les plus précaires financièrement – en dépit de la garantie que représente leur statut administratif de bénéficiaires de la CMU ou de l'AME – constitue la deuxième cause du report de la patientèle des médecins traitants vers les services d'urgences. Les preuves en la matière ne manquent pas. Dans un rapport datant de 2008, Bénédicte Boisguérin et Brigitte Haury remarquent que « *plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois a expérimenté un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien. À titre de comparaison, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire sont 15 % à déclarer être dans ce cas.* »⁸⁶¹ De plus, « *en 2003, 15 % des bénéficiaires de la CMU interrogés déclaraient qu'il leur était arrivé dans les douze derniers mois qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les revoir ou de les recevoir, parce qu'ils étaient bénéficiaires de la CMU.* »⁸⁶² Deux ans plus tôt, une enquête réalisée par Médecins du Monde dans dix villes françaises révélait déjà que, sur 725 généralistes consultés, près de 40 % refusaient les patients couverts par l'AME, et 10 % la CMU⁸⁶³. « *Plusieurs collectifs et fédérations ont saisi la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), qui a jugé, en novembre 2006, "discriminatoire" le refus d'accès aux soins par certains professionnels de la santé*

⁸⁶¹ Bénédicte Boisguérin et Brigitte Haury, *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins*, 2008, p. 6.

⁸⁶² Bénédicte Boisguérin, *Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU*, DREES, 2004.

⁸⁶³ Coordination Mission France, *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France*, Médecins du monde, 2006. Voir également : Chloé Leprince, *On a testé pour vous: les médecins qui boycottent la CMU*, <http://www.rue89.com/2008/09/09/on-a-teste-pour-vous-les-medecins-qui-boycottent-la-cmu>, consulté le 4 mars 2015.

aux patients bénéficiaires de la CMU, et a directement interpellé le ministre de la Santé Xavier Bertrand pour qu'il prenne "les mesures nécessaires et appropriées pour mettre un terme à ces pratiques discriminatoires". »⁸⁶⁴ Dans un article daté de 2008, la psychologue d'un service de maladies infectieuses et tropicales pointe du doigt cette faute : « les médecins libéraux, d'ailleurs sous-représentés dans les zones d'habitation où sont relégués les plus pauvres, se refusent parfois à accueillir ces patients en marge, au point que le professeur Sicard a pu déclarer en 2006, "j'ai honte d'être médecin". (...) Dès lors, des personnes fragiles arrivent dans les hôpitaux en toute dernière extrémité, présentant des maladies très évoluées »⁸⁶⁵.

Parmi les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés, quelques-uns identifient effectivement le comportement discriminatoire de certains médecins généralistes comme une des causes de l'afflux des patients précaires se présentant aux urgences avec des motifs relevant de la médecine de ville. Pour Carl, interne de médecine en stage à l'Hôpital public L, les patients présumés roms n'ont « pas le choix », l'hôpital est « leur seul moyen de se faire soigner » du fait que les médecins généralistes refusent de prendre en charge les usagers migrants en situation irrégulière.

« Je pense qu'ils [les Roms] ont confiance [en l'hôpital], et puis c'est leur seul moyen de se faire soigner, parce que, du coup, y'a pas beaucoup de médecins qui les pren[nent] parce que, du coup, ils ont pas forcément leurs papiers etc., donc c'est l'hôpital, leur principal interlocuteur. A part, si, y'a les dispensaires, etc., les PMI, mais déjà, c'est le principal interlocuteur, donc je sais pas si ils ont vraiment confiance ou si c'est vraiment parce qu'ils ont pas le choix [qu'ils s'adressent à l'hôpital]. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Une infirmière travaillant dans le même service fait également le lien entre refus des médecins libéraux de prendre en charge certains patients précaires et la présence de ces derniers aux urgences. Elle ajoute « comprendre » les médecins libéraux qui refusent de recevoir ces patients sans couverture sociale et sans moyens de subsistance, dans la mesure où ces derniers ne pourraient pas s'acquitter du montant de la consultation⁸⁶⁶.

⁸⁶⁴ Alma Benzaïd, « L'urgence ici: quel accès aux soins pour les sans-papiers? », *Grotius*, décembre 2011, (<http://www.grotius.fr/1%E2%80%99urgence-ici-quel-acces-aux-soins-pour-les-sans-papiers/>, consulté le 28/02/2014).

⁸⁶⁵ Marie-Christine Lebon, « Vulnérables », *op. cit.*, p. 65.

⁸⁶⁶ Les bénéficiaires de la CMU sont des usagers qui ne bénéficient pas d'une couverture maladie de base. La CMU leur permet de se faire rembourser la « part obligatoire » du tarif des consultations médicales, mais la « part complémentaire » et la « participation forfaitaire » restent à leur charge s'ils ne cotisent pas à une complémentaire santé.

« C'est une question d'accès aussi, c'est qu'il faut appeler pour prendre rendez-vous, donc encore faut-il parler français, y'a des médecins qui refusent de prendre en charge certaines personnes parce qu'il y a une barrière linguistique (...) parce qu'ils ont pas de moyens, voilà, de CMU et tout ça, y'a des médecins qui refusent, ce qui peut aussi se comprendre parce que, du coup, eux ne sont pas payés, ne sont pas, voilà, chacun a ses torts et raisons quoi. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

La plupart des professionnels hospitaliers, comme Gilles, infirmier aux urgences de l'Hôpital L, condamnent ces refus de soin en fonction du type de couverture sociale du patient. Ils soulignent le caractère discriminatoire et illégal de ces pratiques professionnelles de tri des patients et rappellent que les professionnels des urgences sont les seuls à ne jamais refuser les patients bénéficiaires de la CMU⁸⁶⁷.

« En fait, y'a beaucoup (...) de médecins, médecins en ville etc., etc., qui trient leurs patients, qui refusent, alors que c'est illégal, c'est illégal ! Qui refusent la CMU, alors ils disent pas "je prends pas la CMU", non, non, non ! Ils ont une autre technique, c'est pas les médecins eux-mêmes qui filtrent les patients, c'est la secrétaire, qui demande comme ça, "votre nom, etc. ? Est-ce que vous avez la CMU ?", ça fait partie des questions, et en fait ils les trient, et en fait ils les refusent pas de façon frontale, ils trouvent des moyens indirects de les refuser. Et donc, en fait, ces patients-là, ils voient bien comment ça se passe et ils voient qu'[aux urgences] on est les seuls à pas les refuser quoi, donc on leur fait la remarque qu'ils pourraient aller voir leur médecin traitant mais on les prend quand même. » Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Ainsi, les professionnels hospitaliers rendent les généralistes installés en libéral responsables du recours des usagers les plus précaires – parmi lesquels ceux qu'ils identifient comme roms – aux services d'urgences pour leurs problèmes de santé quotidiens. Les enquêtes soulignent que les insuffisances de la médecine de ville se répercutent irrémédiablement sur l'activité des services d'urgences hospitalières, et ce quelles qu'en soient les raisons : rigidité des horaires de consultation, extension du secteur 2, manque de généralistes dans certaines zones géographiques ou bien discrimination des patients en fonction de la couverture sociale dont ils bénéficient. Or, si les professionnels que nous avons rencontrés constatent quotidiennement que les urgences hospitalières constituent bien souvent

Toutefois deux autres dispositifs existent pour améliorer la prise en charge des frais de santé des plus démunis : la CMU-C et l'ACS. Pour plus de précisions voir en annexes un descriptif des dispositifs d'aide à la santé, p.602-605.

⁸⁶⁷ « Un professionnel de santé libéral a, en principe, le droit de refuser de prendre en charge un patient, "pour des raisons professionnelles ou personnelles" [article L.1110-3 du code de la santé publique], sous réserve des situations d'urgence médicale et des cas "où il manquerait à ses devoirs d'humanité". Il y est même tenu lorsque les soins nécessaires excèdent ses compétences. En revanche, les refus de soins sont humainement intolérables et juridiquement condamnables lorsqu'ils sont discriminatoires. Les enquêtes administratives ou associatives comme la jurisprudence témoignent de l'importance des refus de soins auxquels sont par exemple exposés les patients bénéficiaires de la CMU ou les malades du sida. » Didier Tabuteau, *La Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, op. cit., p. 229.

le seul accès aux soins pour ces populations, ils se demandent également de façon lancinante si l'accueil de ce public précaire n'entrave pas ce qu'ils considèrent comme leur mission principale du service, à savoir la prise en charge des urgences vitales. La question de la place du « social » aux urgences illustre alors le dilemme entre les « vraies urgences » et la « bobologie » auquel les professionnels des urgences sont confrontés tous les jours.

6.3. La prise en charge du social, une mission des urgences ?

L'analyse des multiples sens que les professionnels que nous avons rencontrés accordent à la terminologie « patients précaires »⁸⁶⁸ achève de démontrer qu'ils considèrent généralement que les patients qu'ils identifient comme roms en font partie, d'une façon ou d'une autre.

A leurs yeux, les patients précaires sont, en premier lieu, des patients ayant des difficultés financières, vivant dans des conditions socio-économiques difficiles et pour qui les services d'urgences représentent le principal recours en matière de santé. Cette définition correspond aisément aux descriptions qu'ils fournissent au sujet des « Roms ».

« Ici [aux urgences de l'Hôpital A], il y a quand même une bonne partie de patients qui arrivent, parce que bon ben, "j'ai pas les sous pour le médecin traitant", voilà. Oui, y'en a beaucoup. Au moins les 25 %, un sur quatre. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

« [Les patients précaires n'ont pas accès à la santé] parce que ça coûte cher, ben maintenant c'est vingt-trois euros je crois [la consultation], et y'a deux ou trois euros qui ne sont pas remboursés. Pour nous, ça paraît peu, enfin deux, trois euros, surtout qu'on va pas spécialement chez le médecin tous les jours, ça paraît peu mais pour quelqu'un qui vraiment gagne très peu d'argent, c'est beaucoup. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« C'est pour ça que la sécu[rité sociale], elle coule : aux urgences, y'en a un sur deux, c'est pas des urgences, et pourquoi ils viennent là ? Parce que comme ça ils payent pas, pour eux l'hôpital c'est gratuit... c'est, on voit toute la misère de la société aux urgences... » Guilaïne, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Bien qu'ils aient l'habitude d'accueillir ces patients financièrement précaires aux urgences, les professionnels interrogés qualifient leur prise en charge de

⁸⁶⁸ Voir à ce sujet : Claire Delepouille et Mathilde Fabre, *Représentations et vécu de la grande précarité par le personnel des urgences du Centre Hospitalier de Chambéry*, op. cit., p. 17-34.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

« particulièrement difficile »⁸⁶⁹, notamment du fait de leur manque d'hygiène corporelle et vestimentaire. Là encore, ce qui avait été relevé comme une spécificité des patients présumés roms (et des SDF) s'avère en réalité caractéristique des patients précaires en règle générale.

« [Les patients précaires] ils arrivent ici, alors ce qui est gênant, enfin c'est que, en général, ils sont ... Ils sont sales, ils ont des fringues qui puent. » Dominique Trzepizur, 48 ans, cadre infirmier, service de réanimation, Hôpital public G.

D'après certains enquêtés, les conditions socio-économiques des patients précaires auraient un impact négatif sur leurs conditions de travail. Pour Yann Benoist, « *le dégoût que ressentent les thérapeutes à l'égard de certains clochards est un obstacle au traitement médical.* »⁸⁷⁰ Le docteur Dupetit, jeune médecin des urgences de l'Hôpital public L, décrit l'écœurement qu'elle ressentait durant ses premiers jours d'internat face à la saleté des patients du secteur, puis l'habitude qu'elle a acquise du manque d'hygiène des patients les plus précaires, à force de les recevoir.

« Ici [aux urgences de l'Hôpital L], c'est pas évident, enfin ici ou même dans n'importe quel service d'urgences, mais euh, particulièrement les urgences qui sont situées dans des secteurs un peu comme nous, c'est que déjà les gens, ici, souvent sont sales, donc ça, c'est une première chose qui souvent te rebute. Et euh, moi, les premiers jours d'internat, ah ! Je me disais "c'est pas possible, les gens sont dégueulasses quoi, c'est horrible, je peux pas les toucher !". Maintenant c'est vrai qu'il m'en faut beaucoup pour être dégoûtée, hein ! Non, mais c'est vrai, des fois, on me dit "oh la la ! Il pue !", "bof", tu vois, enfin, au pire, je mets un petit masque. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Mais la précarité des usagers reçus aux urgences ne prend pas, d'après les professionnels interrogés, uniquement une forme socio-économique, elle est également associée à d'autres types de catégorisations. Quelques enquêtés font assez rapidement, par exemple, le lien entre migration (« une population qui vient de partout ») et précarité économique. De nouveau, la figure du « Rom » pauvre et migrant, voire nomade, n'est pas éloignée de cette nouvelle définition de la précarité rencontrée aux urgences.

« C'est un quartier où y'a, y'a une population qui est plus précaire, enfin je sais pas si on peut appeler ça précaire, mais qui n'a pas le même niveau socio-économique que (...) dans le huitième [arrondissement] (rires) ! Non, mais voilà, tu vois, c'est, après voilà je pense

⁸⁶⁹ « La population, à [l'hôpital public L], la population, elle est particulièrement difficile quand même (...) [parce] que les conditions, c'est quand même des conditions socio-économiques précaires. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁸⁷⁰ Yann Benoist, « Vivre dans la rue et se soigner », *op. cit.*, p. 29.

que c'est une population qui vient de partout mais ça, ça va ensemble en France, les migrants, c'est toujours ceux qui ont le moins de moyens. » Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« La particularité ici, c'est que 70 % des femmes qu'on suit sont sans papiers et on est confrontés à une précarité extrême, c'est-à-dire que, c'est des femmes qui n'ont pas mangé depuis une semaine, qui viennent d'arriver par bateau. » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Certains enquêtés associent précarité financière, origine étrangère et absence de couverture sociale. La précarité des patients étrangers induirait ainsi des questions particulières en termes de prise en charge administrative, tout comme les patients identifiés comme roms⁸⁷¹. Pour le directeur de la Clinique privée E, il arrive que les patients étrangers, qui constituent le public habituel de l'établissement, se présentent sans couverture sociale ; charge alors à l'assistante sociale de la clinique de leur « ouvrir des droits ».

« Après, économiquement, [le public de la clinique a] beaucoup de problèmes sociaux. Alors, c'est un peu lié à l'origine des patients. Enormément de problèmes sociaux : pas de domicile... Bon, faut savoir qu'en France, l'immense majorité des gens ont des droits ouverts donc, ne pas être à la sécurité sociale, c'est quand même rare. Parfois, certains patients arrivent aux urgences, sont hospitalisés, sans droits ouverts et après l'assistante sociale se bat pour essayer de récupérer un papier pour l'ouverture des droits. Alors, qui dit population précaire, dit état de santé plus complexe qu'ailleurs. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

Les patients précaires, parfois désignés comme des « cas sociaux », sont définis par les professionnels hospitaliers au travers de leurs carences : sans éducation, sans travail, sans revenus, sans couverture sociale, sans papiers, sans logement.

« On est dans un secteur où il y a pas de mal de personnes qu'on dit "cas sociaux" donc quand y'a pas de travail, donc pas de sécurité sociale, voilà donc on a beaucoup de sans-papiers, beaucoup de, voilà donc c'est des fois un peu dur. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« [Le public des urgences de l'Hôpital L] c'est une population, déjà beaucoup de personnes qui ont pas de papiers, pas de travail, pas de revenus, qui traînent, voilà, donc qui vivent dans la rue, donc ça, c'est, y'a beaucoup de SDF dans toutes les urgences je pense ça, c'est un peu le dernier recours mais, ici, (...) y'a tous les patients qu'arrivent de l'Europe de l'est qui se retrouvent dans ce coin-là et qui zonent. (...) Moi, j'adore ce quartier, j'ai absolument rien contre mais qui euh... [Il] draine des gens qui ont des faibles revenus enfin, parfois une éducation un peu, un peu, un peu difficile. Et donc voilà c'est pas "Monsieur de Machin" qui arrive avec son petit dossier "bonsoir docteur !", c'est très différent vraiment hein... » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁸⁷¹ A propos des représentations des « Roms » comme sans-papiers, voir chapitre 1, pp.79-89.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Enfin, spécifiquement à l'hôpital public L, les professionnels interrogés décrivent la précarité sous les traits de la toxicomanie ou de la prostitution – ce qui est peut-être la seule définition de la précarité qui ne rappelle pas immédiatement les définitions que les enquêtés donnent à propos des « Roms »⁸⁷².

Si nous résumons notre propos jusqu'à présent, nous constatons tout d'abord que les patients identifiés comme roms correspondent globalement aux descriptions proposées par les enquêtés à propos des patients précaires en général ; deuxièmement, que les modes de recours aux urgences de ces deux groupes de population sont extrêmement similaires et s'expliquent par des critères socio-économiques (et non « culturels ») ; et, enfin, qu'aux yeux des professionnels interrogés, les patients précaires sont majoritaires parmi le public des services d'urgences, ce qui implique qu'ils sont accoutumés à prendre en charge ces populations. Dès lors, comment expliquer le fait qu'ils présentent – avec des arguments parfois contradictoires, nous l'avons vu – les usages que les patients présumés roms feraient des services d'urgences comme déviants et résultant de leurs « traditions culturelles » ?

L'analyse des discours et des pratiques réelles des professionnels médicaux et paramédicaux lors de la prise en charge de patients précaires dans les services d'urgences permet de comprendre en quoi la racialisation de comportements caractéristiques de cette catégorie de population leur est utile professionnellement. En effet, que la précarité soit entendue dans un sens socio-économique, administratif ou sanitaire et social, les enquêtés y opposent systématiquement, dans leurs déclarations, le principe d'égalité de traitement. Pourtant, nous constatons également que les « urgences sociales » sont rarement considérées comme de « vraies urgences » par les professionnels hospitaliers, qui mettent alors en œuvre une stratégie d'évitement des prises en charge « sociales ». Nous comprenons alors que la racialisation des modes de recours aux urgences des patients présumés roms

⁸⁷² « Après les spécificités, je pense, de [l'Hôpital L], c'est le quartier qui est quand même très précaire, enfin juste, y'a la rue (...) juste derrière où c'est les fumeurs de cracks, après y'a [le quartier le plus proche] où c'est tout ce qui est deal de Skenan [un produit de substitution à l'héroïne] et tout ça, et juste en face de l'entrée des urgences, y'a du deal aussi de Skenan, Méthadone, donc on reçoit quand même beaucoup de gens, ben on distribue des jetons pour les seringues stériles, et puis, on reçoit des gens, des fois, en situation grave parce qu'ils ont pas d'accès à la santé et ils viennent ici dans des états parfois épouvantables. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« On a beaucoup aussi de prostituées, c'est vraiment par moment, un moment on a eu beaucoup de prostituées aussi, enfin c'est des cas qui sont, des fois, pas faciles à gérer parce qu'il peut y avoir de l'agressivité. » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Sur les représentations des enquêtés relatives à la sexualité des « femmes roms », voir chapitre 5, pp.347-376.

PRUD'HOMME Dorothee | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

permet à ces professionnels de se dédouaner d'une mission sociale qu'ils ne souhaitent pas assumer.

6.3.1. L'injonction d'aveuglement aux différences sociales

Dans un article de 1972, Julius Roth estimait que, portes ouvertes jour et nuit, les urgences accueilleraient tous les cas n'ayant pas trouvé de solution ailleurs ; les professionnels des urgences, tenus par l'obligation de soigner tous ceux qui se présentent, ne disposeraient ainsi d'aucun pouvoir de sélection⁸⁷³. La Charte de la personne hospitalisée établit en effet que « *l'accès au service public hospitalier est garanti aux personnes les plus démunies. Les personnes qui ne peuvent justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale de l'Etat sont prises en charge au sein des établissements de santé publics et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier, pour les soins urgents. Ces soins sont ceux dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. L'établissement constitue un lieu d'accueil privilégié où les personnes en situation de précarité doivent pouvoir faire valoir leurs droits, y compris sociaux.* »⁸⁷⁴ L'hôpital et les services d'urgences en particulier fournissent un accès aux soins aux patients les plus précaires. Les professionnels des services d'urgences interrogés à ce sujet mettent systématiquement en avant le principe d'égalité d'accès aux soins quelle que soit la situation sociale des usagers qui se présentent.

« C'est aussi le principe des urgences, c'est que normalement ils doivent accueillir tout le monde, c'est-à-dire aussi que tout le monde a sa place. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Tout le monde a droit aux soins », « on accepte tout le monde » sont des phrases prononcées par toutes les catégories de professionnels et entendues plusieurs fois par jour dans tous les services d'urgences enquêtés.

« Ben, la France, c'est comme ça, elle est comme ça la France de toutes façons, (...) et ici on soigne toute personne qui arrive sans pièce d'identité, sans argent. On les prend

⁸⁷³ Julius A. Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service », *op. cit.*, p. 852.

⁸⁷⁴ « La Charte de la personne hospitalisée », *op. cit.*

automatiquement en charge, y'a pas de "tu ramènes un billet". » Nina, ~30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Vous êtes un patient, on vous accepte, que vous ayez la sécu, la CMU ou que vous soyez riche à millions, on s'en fout de ça, on regarde pas. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

« On est là pour tout le monde, on est là autant pour le SDF que, que pour le fils de médecin, c'est, y'a pas de problème quoi, on accepte tout le monde, on prend les gens en charge, on va pas regarder sa couleur de peau ou son origine, son niveau social ou... (...) Mutuelle, pas de mutuelle, sécu, pas de sécu, nous, on prend tout le monde, les soins seront faits exactement de la même manière. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« Vous allez pas dire à la personne "on peut pas vous accepter parce que vous avez tant de dettes à l'hôpital"... Et puis, on n'est pas là pour ça, à ce niveau-là, c'est pas à nous de, on peut pas... La personne, tout le monde a droit aux soins, quels que soient, quels que soient sa nationalité ou son, son mode de vie, tout le monde a droit aux soins, on n'est pas là non plus pour juger ou pour refuser "vous avez pas de papiers, on vous prend pas". » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

« Je suis content d'être revenu au public et je suis content d'être dans ce que je fais actuellement parce que, justement, ça me permet encore en tout cas de pouvoir prendre en charge les patients, quels qu'ils soient, quelle que soit leur couleur, quelle que soit leur origine, pareil, c'est-à-dire que vous êtes fils de ministre, vous êtes des SDF, eh ben pareil ! Et ça, je trouve que c'est un des éléments très positifs de, du système français, en tout cas jusque-là. Est-ce que ça va durer ? J'en sais rien. Le jour où on dira, des gens, comme j'ai entendu dire par certains politiques "oui, y'a des gens qui viennent aux urgences, qui n'ont rien à y faire"... » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Les patients présumés roms « sont des individus à part entière », et s'ils sont le plus souvent comparés aux SDF, c'est pour illustrer le fait qu'ils seront traités de la même façon que la riche patiente avec « un caillou de quinze carats au doigt » ou « le docteur » (figure d'autorité par excellence dans l'univers hospitalier).

« Moi, le but, c'est, comme je te dis, c'est de prendre bien en charge les patients que je vais recevoir aujourd'hui, donc ben si il est là [le patient rom], si c'est, ça fait partie de mes patients ben je ferai pareil quoi, mais en aucun cas je vais lui faire payer le fait qu'il ait cette situation. Tu vois, je veux dire, il a pas choisi, je veux dire, y'a des choses qu'on choisit pas dans la vie. » Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

« [Les Roms,] ce sont des individus à part entière, on les prend tels quels. Si on fait, sinon c'est de la discrimination. C'est euh, non moi c'est... Même le docteur (...), dès que les gens viennent "je suis docteur, je suis...", "non, y'a pas de 'je suis', là, c'est, tu es patient, point". Normalement, c'est ce qu'on nous a [appris], dans la formation on dit que on doit traiter les gens de la même façon, tout le monde, et ils ont raison, c'est ce qu'il faut faire. » Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Le côté hôpital, ça gomme, ça gomme tout ça, que t'aies un caillou de quinze carats au doigt ou que tu sois Rom ou SDF, tu vas être soigné pareil. Tu vas avoir les mêmes soins, tu vas bénéficier des mêmes soins. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Pour la douleur, tout le monde est pareil, c'est comme quand on est malade, que ce soit Rom ou que ça soit le Président de la République, si, comme j'ai vu en neurologie, tu avais

des ministres aussi, que tu changes le drap tout le temps parce que c'est une incontinence, parce que c'est des malades neurologiques donc ils contrôlent pas leurs sphincters, ben c'est un Rom ou c'est un ministre, c'est pareil, c'est pareil. » Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Principe fondamental et intangible, l'égalité d'accès aux soins dans les services d'urgences est dans la bouche de tous les professionnels hospitaliers rencontrés. Il garantit théoriquement les mêmes soins, la même attention à tous les usagers des urgences, quels que soient leur situation socio-économique, leur statut administratif. Il est une motivation pour travailler dans le secteur public, une protection contre les accusations de discrimination ou de favoritisme. Il est aussi un principe théorique à mettre en œuvre, principe théorique qui se heurte parfois aux réalités du service, aux aspirations des professionnels qui y travaillent. En effet, nous allons maintenant constater qu'en dépit de leur attachement déclaré au principe d'égalité d'accès aux soins des plus précaires, la majorité des professionnels interrogés considère que la prise en charge des « urgences sociales » constitue un obstacle à la prise en charge des « vraies urgences ».

6.3.2. « Urgences sociales » *versus* « vraies urgences »

Jean Peneff explique que, pour décrire l'activité du service dans lequel ils travaillent, les professionnels des urgences s'en remettent « à des clichés, à des témoignages tournant autour de deux pôles, l'un exaltant, l'autre répulsif : le sauvetage spectaculaire ou, à l'opposé, les SDF ou les alcooliques. Ces cas – rares en réalité – monopolisent l'attention et fondent l'essentiel des représentations. »⁸⁷⁵ Nous avons retrouvé la même dichotomie dans les propos des professionnels des urgences que nous avons interrogés entre la prise en charge de « vraies urgences », considérée comme la mission première du service (car vitale pour les patients et valorisante pour les soignants), et ce qu'ils appellent la « bobologie » dont ils accusent fréquemment les patients les plus modestes. Selon les enquêtés, en s'adressant aux urgences pour des motifs relevant de la « bobologie », les patients précaires entraveraient dangereusement la prise en charge des patients se présentant pour de « vraies urgences » vitales. Pour Isabelle

⁸⁷⁵ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Ed. Métailié, 2000, p. 11.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Parizot, alors que « *l'hôpital reste un lieu important de recours aux soins* »⁸⁷⁶ pour les « pauvres » et les « exclus », les services d'urgences ne sont pas organisés pour prendre en charge les demandes médico-sociales des personnes marginalisées, ce qui entraîne des tensions entre urgences vitales et fonction d'accueil de ces services⁸⁷⁷. On retrouve ce dilemme entre mission idéale du service et pratique quotidienne réelle dans les propos de tous les urgentistes interrogés⁸⁷⁸. Alors que, selon la majorité d'entre eux, les patients précaires ont « autant droit que les autres » et peut-être « plus besoin que les autres » d'être pris en charge aux urgences hospitalières.

« Je trouve que tout le monde a droit aux soins, ce sont les gens les plus précarisés, les plus vulnérables justement, qui doivent quand même avoir le maximum, voilà, alors c'est pas le fait... comment te dire, c'est pas l'Abbé Pierre, c'est pas... C'est pas dans cette optique-là non plus, mais je trouve que c'est quand même un minimum de s'occuper d'eux et de s'occuper d'eux correctement et de se bouger pour eux, tout simplement parce qu'ils y ont autant droit que les autres et je crois justement qu'ils en ont même plus besoin que les autres. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

La place du « social » dans la prise en charge aux urgences est incertaine. Le témoignage du docteur Leroy illustre cette ambiguïté : tout en affirmant que la prise en charge aux urgences des patients précaires entraîne un surcroît de travail « pour mettre en place le suivi » – ce qui passe par l'établissement d'un encadrement social – elle mentionne uniquement « la mission de soigner tout le monde », comme si la prise en charge sociale ne faisait pas partie des missions du service.

« Je pense que t'apprends à t'adapter et t'apprends, enfin t'apprends à travailler avec cette population-là [précaire], donc tu sais que, quand tu viens travailler là, c'est cette population et qu'il va y avoir plus de choses à faire, plus de prévention, plus de, plus d'essayer de mettre en place un suivi, tu le sais. Oui, je pense que ça change forcément, ça ajoute des missions, des missions à l'hôpital mais euh... C'est des missions... Alors moi, alors, je suis pas sûre que ça ajoute des missions, je dirais peut-être que d'autres hôpitaux ont moins de missions, tu vois ce que je veux dire ? C'est que, elle, cette mission de soigner tout le monde, elle existe. Alors y'a des gens qui ont moins à remplir cette mission, et nous, on a à la remplir parce que c'est notre population quoi. (...) [Il y a d'autres hôpitaux qui reçoivent une population] moins diversifiée, plus favorisée et que, ben du coup, c'est beaucoup plus simple, c'est plus standardisé mais que... De toutes fa[çons], cette, et que cette mission, s'ils ont quelqu'un de défavorisé qu'arrive, il va falloir qu'ils la remplissent. Alors ils la rempliront euh probablement moins aisément ». Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

⁸⁷⁶ Isabelle Parizot, *Soigner les exclus*, op. cit., p. 49.

⁸⁷⁷ *Ibid.*, p. 52.

⁸⁷⁸ Voir également : Claire Delepouille et Mathilde Fabre, *Représentations et vécu de la grande précarité par le personnel des urgences du Centre Hospitalier de Chambéry*, op. cit., p. 59-63.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

L'étude de la place concrètement dédiée à la prise en charge des questions sociales dans les services d'urgences, et notamment des relations parfois tendues entre médecins et assistantes sociales, démontre qu'en dépit des déclarations des professionnels qui y travaillent, l'hôpital est de moins en moins le refuge des plus démunis. Les patients précaires sont parfois décrits comme des patients illégitimes des services d'urgences.

La présence massive de patients dont le motif de recours relève, selon les enquêtés, de la compétence d'un médecin traitant, accroît sensiblement le nombre de passages par jour dans les services d'urgences. Une aide-soignante des urgences de l'Hôpital L exprime cette affluence en termes de nombre de lits disponibles dans le service :

« On n'a pas des lits à l'infini ! On n'a pas des places à l'infini ! Si les gens viendraient pas pour rien ou se faire soigner pour un rhume ou quoi, on n'aurait pas la même population. La population, enfin c'est la même, mais on n'aurait pas le même nombre d'affluence. Ça, c'est clair et net que le nombre de patients réduirait. » Paola, 27 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public L.

Pour certains enquêtés, dans la mesure où les services d'urgences se doivent d'accueillir toute personne qui s'y présente, il reviendrait aux patients d'être « raisonnables » et de ne s'y présenter que lorsque leur état de santé le justifie vraiment, faute de quoi les urgences vitales seraient pénalisées par l'engorgement du service.

« Et puis bon, c'est vrai que les gens ne sont pas aussi raisonnables, moi j'essaye de passer l'information, voilà que bon, avant de, j'essaye de glisser quand même "qu'est-ce qu'en dit votre médecin traitant ?", et non, ils sont pas allés voir leur médecin traitant avant, donc, en fin de compte, on engorge les urgences pour des choses qui peuvent être traitées en ville, et justement nous, ça nous pénalise pour les urgences vitales, parce que quoi qu'on en dise, on en a quand même beaucoup d'urgences vitales. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Comme le notent Agnès Camus et Nicolas Dodier, *« l'accessibilité des services [d'urgences] relève (...) simultanément des deux formes de rapport au malheur. Elle relève en premier lieu, d'une règle d'hospitalité vis-à-vis des personnes démunies. Mais l'accessibilité de ces services, comme pour tous les dispositifs d'intervention en urgence, correspond également au développement d'un savoir spécialisé qui s'est constitué autour de la nécessité d'intervenir vite sur des troubles pouvant entraîner des lésions irréversibles, voire la mort. Les services d'urgences médicales sont donc orientés à la fois vers une fonction souvent qualifiée par le personnel hospitalier de sociale, et vers une spécialisation*

scientifique limitée au traitement de ce que les acteurs appellent, pour les distinguer des précédentes, les urgences vraies »⁸⁷⁹. Cette distinction entre « vraies urgences » et « bobologie » est fréquemment affirmée dans les services enquêtés. Un interne de médecine fustige ainsi les usagers qui se présenteraient aux urgences pour du « cocooning » ou du « réconfort psychologique » ce qui, selon lui, serait une perte de temps pour les professionnels et un accroissement des risques pour « les gens qui viennent pour de vraies urgences ».

« C'est compliqué parce que, comme on a trois cents passages par jour pour quatre médecins, quatre internes, ça devient super compliqué. Surtout qu'il y a des vraies urgences qu'arrivent derrière et qui attendent que ces personnes-là soient vues, c'est là qu'il y a une perte de chance quand même pour les gens qui viennent pour des vraies urgences. Et c'est vrai que, dans une carrière d'urgentiste, on est un peu, pas aigri mais un peu, un peu acide quand on pense à ce genre de personnes qui viennent juste pour du cocooning ou du, ou du réconfort psychologique, c'est un, c'est une perte de temps, entre guillemets, mais euh quand, voilà, on a un nombre de passages important avec une population quand même qui peut être grave, c'est quand même une perte de chance pour les gens qui viennent pour des vraies urgences, même si y'a le tri IAO, qui normalement trie les patients, mais au bout d'un moment ben... » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Le corps médical semble particulièrement inconfortable face à ce dilemme entre prise en charge efficace des « vraies urgences » et obligation d'accueillir toute personne qui se présente dans le service, y compris pour une « urgence sociale »⁸⁸⁰.

« On abuse du système ! Ça fait qu'aux urgences, on n'a pas toujours le temps pour les vraies urgences. Ça nous fatigue plus que... On n'est pas concentrés sur les vraies urgences. » Dr. Tristan Kinhou, 43 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Didier Fassin souligne quant à lui le jugement moral induit par la distinction que les professionnels des urgences font entre « urgences sociales » et « vraies urgences ». Il considère qu'il serait opportun « *de supprimer du vocabulaire de nos métiers les expressions "fausses urgences" et "urgences sociales" qui ne correspondent à aucune réalité clairement et consensuellement caractérisée par les médecins, mais qui opèrent un véritable travail implicite de désignation et de stigmatisation.* »⁸⁸¹ Cette distinction laisse entendre que les patients dont l'état de santé ne relèverait pas de « vraies urgences » vitales n'auraient pas leur place dans

⁸⁷⁹ Agnès Camus et Nicolas Dodier, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histories, Sciences sociales*, 1997, vol. 52, n° 4, p. 739.

⁸⁸⁰ Didier Fassin, « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières », *La lettre de l'espace éthique*, 2000, n° 12, 13, 14, p. 27-28.

⁸⁸¹ *Ibid.*

le service, alors même que l'hospitalité est un des principes fondateurs des établissements de santé moderne. Ainsi, l'« envahissement » des urgences par les patients précaires aiguise le dilemme des professionnels hospitaliers entre idéal égalitaire d'une part et excellence médicale ou performance technicienne de l'autre, entre sale boulot d'assistance sociale et noble mission de sauver des vies.

6.3.3. L'évitement du travail « social » par les soignants

*« Longtemps, l'hôpital s'est organisé autour de l'assistance aux personnes défavorisées. Depuis sa création au Moyen Âge jusqu'au XVIII^e siècle, il fut spécifiquement voué au secours des "pauvres" et des "asociaux indigents". Les établissements hospitaliers se sont transformés avec l'évolution des principes de solidarité et la médicalisation de la société. Son public s'est progressivement élargi, du pauvre recueilli par acte de charité, par souci d'ordre social, puis par devoir d'assistance aux citoyens défavorisés... jusqu'à rallier l'ensemble de la population nécessitant des soins médicaux importants. Les bénéficiaires sont devenus des "usagers", des assurés sociaux, des "clients" disposant de droits garantis par des textes juridiques et une charte du malade hospitalisé. Ce faisant l'institution a perdu sa fonction d'hospice et d'assistance pour se consacrer à la médecine curative et techniciste. Elle est désormais une instance centrale du système médical français, financée par la collectivité, s'adressant théoriquement à tous en fonction des mêmes principes médicaux et sur la base des règles de l'Etat-providence. Mais la montée des précarités sociales et économiques confronte de nouveau l'hôpital à la nécessité d'une assistance envers les malades démunis, pour laquelle il n'est plus réellement adapté. »*⁸⁸² Alors que les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés insistent sur la nécessaire prise en charge sociale des patients identifiés comme roms afin de faciliter leurs recours au système de soin, la place du « social » dans les services d'urgences paraît pourtant mal définie.

En s'interrogeant sur « le malade comme lieu et moyen des relations médecin-hôpital », Claudine Herzlich entreprend, en 1973, de comparer un service de

⁸⁸² Isabelle Parizot, *Soigner les exclus*, op. cit., p. 25.

chirurgie générale et un service de médecine générale (prédécesseur des services d'urgences générales actuels). Elle constate qu'en médecine générale, « *le recrutement des malades est local et non sélectif : accueil, soin et gardiennage s'entremêlent avec, en toile de fond, la présence d'un contrôle social* »⁸⁸³. En effet, « *de l'aveu de tous les soignants, nombre d'entrants sont admis dans le service sur des critères autres que purement médicaux (...), clientèle qui, souvent, ne peut sortir de l'hôpital tant qu'un embryon de solution n'a pas été trouvé sur le plan social* »⁸⁸⁴. Pour cette auteure, la prise en compte de la situation sociale des usagers relève d'une « *pratique d'assistance, liée à la conception traditionnelle de l'hôpital : celle de la prise en charge sur tous les plans, et non exclusivement médicale, d'un secteur de la population* »⁸⁸⁵.

Aujourd'hui encore, la situation sociale de nombre d'usagers des urgences – dont les patients présumés roms – pose question à l'hôpital. Pourtant, Isabelle Parizot souligne que la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière limite la mission des nouveaux « établissements publics de santé » au domaine médical⁸⁸⁶ : « *le social doit être pris en charge ailleurs par des professionnels compétents et adaptés, afin que l'hôpital puisse se vouer totalement à la pathologie médicale. Sémantiquement, symboliquement et institutionnellement, le médical et le social sont séparés.* »⁸⁸⁷ La mission originelle d'accueil social des plus démunis ne ferait donc plus partie des objectifs des établissements hospitaliers.

Les observations menées dans les services enquêtés et les témoignages recueillis convergent effectivement vers une tendance à l'évitement des questions sociales par les médecins. Pour Jean Peneff, « *l'observation des jeunes médecins interrogeant les malades révèle cette absence de curiosité sociale. Le manque d'imagination sur les conditions de vie réelles des patients les empêche de concevoir leur habitat, leurs revenus, leur faible maîtrise de la langue qui, surtout pour les étrangers, rendent improbable le suivi des prescriptions : oubli, négligence, impossibilité matérielle de personnaliser les traitements. (...) Les*

⁸⁸³ Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé institutions, professions et maladies*, Paris, A. Colin, 2010, p. 21.

⁸⁸⁴ Claudine Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 44.

⁸⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁸⁶ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière., <http://admi.net/jo/loi70-1318.html>, consulté le 4 mars 2015.

⁸⁸⁷ Isabelle Parizot, *Soigner les exclus*, op. cit., p. 48.

*médecins n'évoquent presque jamais les conditions de vie de leurs clients. Ils prescrivent, orientent dans un monde idéal où les individus n'ont jamais de problèmes financiers ou d'habitat (ou bien ils les renvoient à l'assistante sociale). »*⁸⁸⁸ Le docteur Mallem, urgentiste à l'Hôpital public L, constate et déplore cet évitement de la situation sociale des patients par les jeunes médecins ou les internes de son service.

« Ah ben un truc tout bête de la vie de tous les jours, c'est la transmission des, les transmissions le matin ou le soir. L'interne vous fait, ou même les jeunes seniors du service, vous font les transmissions au sujet de Madame Bonnet [patiente hypothétique du service]. Alors, Madame Bonnet, on vous dit "voilà, tiens y'a Madame Bonnet", vous demandez son âge, ce qu'on vous donne pas, on vous dit le motif de recours et on passe tout de suite aux résultats des examens complémentaires. Donc l'anamnèse de l'histoire de Madame Bonnet, ne serait-ce que le motif pour lequel elle est là, les antécédents, vous les demandez, on vous les donne pas directement, dans la majorité des cas. L'histoire de Madame Bonnet, son contexte social, où sont les enfants, à quel étage elle habite, y'a un ascenseur, y'a pas d'ascenseur, les aide-ménagères, pas d'aide-ménagères, enfin bref, les informations que vous demandez, vous allez à la pêche. Par contre, les examens complémentaires, on vous en abreuve, ils ne vous disent rien de Madame Bonnet, strictement rien, d'accord ? Voilà, on a pris l'aspect technique, d'accord, très organiciste de Madame Bonnet. Donc, on a pris l'individualité de Madame Bonnet, l'individualité physique, mais la personnalité de Madame Bonnet dans toute son altérité, on en a rien à foutre. Elle n'est pas première. Pourquoi ? Parce que elle n'est pas objective, elle n'est pas objectivable, les résultats complémentaires sont objectivables donc ils sont opposables, d'accord ? (...) Ils montrent bien que j'ai fait ce que la science me commande de faire dans tel cas, ok ? La considération de l'altérité de Madame Bonnet, ça fait partie d'autre chose. Voilà. Ça, c'est un élément tout à fait, tout à fait objectif de la prise en charge à l'heure actuelle, donc on est sur l'évidence basse médecine, d'accord, donc la médecine par la preuve. » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

L'importance que le docteur Mallem accorde à « l'individualité » des patients n'est effectivement pas partagé par les autres médecins du service. Au contraire, ils interprètent le principe d'égalité de traitement comme un nécessaire aveuglement à la situation sociale des usagers, une forme de *social blindness*⁸⁸⁹. La précarité administrative, l'absence de couverture sociale ou de papiers en règle, ne doivent, d'après les enquêtés, avoir aucun impact sur les soins dispensés. Certains médecins

⁸⁸⁸ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 154.

⁸⁸⁹ « Les approches médicale et gestionnaire se retrouvent pour accorder une attention réduite aux caractéristiques sociales des patients : la première, au nom même de l'égalité d'accès aux soins qui implique de traiter chacun d'un point de vue strictement médical, sans considération de son origine nationale, ethnique, sociale ou autre; la seconde, puisqu'elle ne s'intéresse qu'aux questions organisationnelles. L'état des statistiques disponibles est donc propice, en matière de TU [le temps d'attente et de passage moyen dans les services d'urgence] comme ailleurs, à la mise en place d'une forme de "social blindness". » Nicolas Belorgey, « Pourquoi attend-on aux urgences? », op. cit., p. 37. Voir également : Emmanuel Pierru et Alexis Spire, « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 1 juillet 2008, vol. 58, n° 3, p. 457-481. Pierre Lombrail et Jean Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », op. cit.

disent ne même pas vouloir entendre parler de la situation administrative des patients qu'ils reçoivent. Ils considèrent que cette question est étrangère à leur mission principale : le soin.

« Moi, sans papiers ça m'[est égal], enfin je veux dire, je ne fais pas, je travaille à l'hôpital public donc moi, papiers, sans papiers, ça m'est égal. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Le patient qui vient aux urgences, certes l'[agent] administratif, là, demande les papiers, mais de toutes façons, quoi qu'il arrive – en tout cas, les fois où on me demande mon avis – papiers ou pas papiers, j'en ai rien à faire. Si le patient vient pour consulter, il est inscrit. Il a pas l'AME, il a pas la CMU, c'est un autre problème. On s'occupe du problème médical, après il faudra qu'il passe par l'administration, qu'il, éventuellement, vienne voir notre assistante sociale pour essayer de voir un peu comment... On fait en sorte que ces gens, qui sont précaires, aient accès aux soins. » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Certains d'entre eux, tout en se disant conscients de la nécessité de coupler la prise en charge sociale des patients les plus précaires à leur prise en charge médicale, considèrent que ce n'est pas leur métier et qu'ils n'ont, dans ce domaine, « pas de solutions à leur apporter ».

« Y'a beaucoup de social ! (...) Oui, il faut qu'on en fasse, c'est notre métier, on a un être humain entre les mains, c'est pas, c'est pas du bétail, c'est pas de la marchandise. Mais, à trop vouloir en faire, on dénature notre métier de médecin. Il en faut pour qu'on puisse avancer, pour que, voilà, notre boulot soit bien fait, mais, à trop en faire c'est, c'est délétère pour notre métier. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Là, leurs problèmes sociaux, ils ont tellement de problèmes que, nous, on peut pas leur apporter une solution directe et radicale. Nous, tout ce qu'on peut faire, on peut mettre en place des choses pour rattraper un petit peu leur problème. Pour, à un moment donné, avoir l'impression qu'on va pouvoir le résoudre. Ils sont tellement dans une chaîne où ils ont accumulé un tas de problèmes qu'il faut dénouer ça, problème par problème et leur permettre de retrouver une vie normale. Et ça, aux urgences, on peut pas le faire, on peut créer l'amorce avec l'assistante sociale, en retrouvant le médecin traitant quand on peut, parfois, c'est ce que j'essaie de faire, mais on se retrouve avec un sentiment de désarroi devant les patients, parce que on se dit "ça c'est pas mon domaine, j'ai pas de solution à leur apporter". Pourtant on essaie, on bricole, on essaie de faire ce qu'on peut. » Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Enfin, à l'Hôpital public A, les médecins des urgences s'accordent sur le fait que le service serait submergé par les demandes sociales. Ils choisissent par conséquent d'opter pour une attitude « ferme »⁸⁹⁰, refusant de prendre en compte les critères sociaux des patients lors de la prise en charge. Le docteur di Sotto, par exemple,

⁸⁹⁰ « L'enquête conduite en Seine-Saint-Denis caractérise au moins dans les discours, deux attitudes opposées dans le cadre des urgences : celle du "médecin large", que certains trouvent même trop laxiste, mais qui se préoccupe de ces questions, et celle du "médecin ferme" qui, lui, refuse de prendre en compte des critères sociaux dans sa prise en charge. » in : Didier Fassin, « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières », *op. cit.*
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

évalue à 80 % la proportion de patients qu'il devrait hospitaliser s'il prenait en considération les problèmes sociaux des usagers, il décide donc de les ignorer.

« Non [je ne prends pas en compte la situation sociale des gens que je soigne], mais pas par méchancerie [méchanceté]. Parce que, si je tiens compte de ça, on va hospitaliser 80 % des patients qui viennent aux urgences. Parce d'un point de vue social ici, c'est la cata[strophe]. Y'en a beaucoup, ils ont pas des maladies, mais ils ont des problèmes sociaux importants. Et donc, si tu commences à hospitaliser tout le monde, parce qu'il n'a personne chez eux, parce que en état d'incurie, parce que sais pas quoi. Alors là c'est fini, t'as plus de places... (...) Si on a besoin, [l'assistante sociale] est là. On cherche quand même de faire quelque chose d'un point de vue social. Mais bon, même elle a des limites. On peut pas s'occuper de tout ça parce que ça devient impossible. » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

La plupart des médecins interrogés choisissent par conséquent de fermer les yeux sur la situation sociale et économique des patients qu'ils prennent en charge aux urgences, au nom du principe d'égalité de traitement, parce qu'ils considèrent que ces questions ne relèvent pas de leurs compétences ou parce qu'ils craignent d'être submergés. Ils s'en remettent globalement aux assistantes sociales du service.

« Pour la majorité des patients, il n'y a pas que le patient avec son problème [de santé]. Il y a tout le reste autour. Et s'il n'y a pas tout le reste autour, c'est infernal ! Rien que l'environnement qui n'est pas sécurisé, sécurisant pour le patient. On a beau régler le problème médical, si on a pas réglé le reste, on a rien réglé. Effectivement, on a recours aux assistantes sociales, mais elles n'ont pas beaucoup de marge de manœuvre. » Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Ils estiment par exemple que les patients perçus comme roms, dont la situation socio-économique est jugée particulièrement précaire, ne peuvent être pris en charge médicalement sans le concours des assistantes sociales.

« [Les Roms,] c'est des gens, là du coup, qui viennent la nuit, et du coup y'a quand même une assistante sociale à mettre sur le coup pour les tampons, pour avoir les médicaments gratuits par la pharmacie en attente de l'AME etc. Donc c'est vrai que c'est, ça [le fait que les Roms viennent aux urgences la nuit en l'absence d'assistante sociale] compliquait toutes les démarches qu'il y avait autour de la prise en charge de l'enfant qui pouvaient améliorer le... Parce que, du coup, on faisait des ordonnances, fallait qu'on leur délivre les médicaments juste pour la nuit, fallait qu'ils reviennent le lendemain pour faire tamponner la, la [le formulaire de prise en charge] par l'assistante sociale, faire tamponner, retourner à la pharmacie. S'ils avaient des problèmes pour montrer qu'ils avaient l'AME en attente, enfin bref c'est... [compliqué]. » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Je pense que je soigne exactement tout le monde de la même façon et que, et qu'à [l'Hôpital public L,] on a quand même, étant donné qu'on a cette population-là, on a un système avec des assistantes sociales qui sont disponibles, qui sont, qui jouent super bien le jeu. On arrive à avoir, je sais pas si on t'a parlé des ordonnances arc-en-ciel pour, tu vois, tout ce qui est population précaire, sans CMU, sans carte vitale, sans rien. [Les assistantes sociales] elles font une petite enquête et elles, ce qu'on appelle, elles tamponnent avec le truc arc-en-ciel, et ça permet d'aller à la pharmacie de l'hôpital chercher tous les médicaments. Donc, ils sont, y'a, tu vois, y'a une prise en charge globale de, de toute

l'équipe. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Tous les services d'urgences enquêtés comptent au moins une assistante sociale dédiée à la prise en charge sociale des patients du service. Jean Peneff remarque que « *ce travail [social] n'est pas reconnu comme tel par l'institution hospitalière, n'est pas apprécié par les médecins qui y voient du temps perdu au détriment de la bienveillance de l'accueil (précaution, lenteur dans la prise en charge) au nom de normes et valeurs des classes moyennes (bonté, patience, douceur).* »⁸⁹¹ En effet, les assistantes sociales rencontrées se plaignent d'être trop rarement associées à la prise en charge des patients du service⁸⁹². Selon elles, la prise en charge sociale est perçue comme secondaire, voire optionnelle, par les personnels médicaux et paramédicaux. Ces derniers la présentent bien souvent comme un fardeau allongeant la durée de séjour des patients précaires qui occupent, dans le service, des lits non disponibles pour d'autres⁸⁹³.

« On se prend la tête avec les médecins, on est jamais fâchés hein, on se prend la tête des fois : "tu pourrais peut-être la faire sortir [la patiente] ?", je fais "ouais, ok, ben vas-y fais-la sortir! Moi, je mettrai un avis négatif, après, tu fais comme tu veux, t'es, voilà, tu m'as demandé un avis, je te le donne. Si tu ne voulais pas mon avis, tu me le demandais pas, point. Après une fois que tu m'as demandé mon avis et que je te dis non, c'est non". Après, c'est rare qu'ils suivent pas mon avis, très rare qu'ils me disent "fuck, ce que tu dis je m'en fous, je le fais sortir". (...) De toutes façons, ils savent que, s'ils me font une sortie un peu à l'arrache, ça va leur coûter deux tonnes de papier, deux tonnes de certificats médicaux et tout ça, parce que il faut que, moi, j'aie ce qu'il faut et il faut pas que je laisse une famille et une personne sans rien donc euh. Je veux dire au minimum une infirmière, au minimum une aide-ménagère enfin voilà donc... » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Y'avait des médecins "ah ben celle-là [cette patiente âgée] elle rentre [chez elle], il faut que tu mettes des aides à la maison" par exemple. (...) Et bon j'ai parlé avec cette mamie, le retour à la maison était impossible. Elle avait fait une chute... truc du fémur, elle pouvait pas rentrer à la maison, c'était même pas la peine. Moi j'ai dit [au médecin] "non. Moi, je pourrai mettre les aides à partir de tel jour, il faut me laisser le temps d'appeler, laisser le temps de voir si y a la famille, etc." Donc, j'ai dit "non". Et il est venu me voir le médecin, devant tout le monde il m'a engueulée comme une patate pourrie "mais, moi, si c'était ça, je l'aurais fait tout seul, pour qui tu te prends !" (...) Des médecins comme ça qui gueulent devant tout le monde, parce que j'ai pas fait telle et telle chose, parce que, eux, ils veulent que ça soit maintenant. » Leïla, ~45 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public A.

⁸⁹¹ Jean Peneff, *L'hôpital en urgence*, op. cit., p. 161.

⁸⁹² Claire Delepouille et Mathilde Fabre, *Représentations et vécu de la grande précarité par le personnel des urgences du Centre Hospitalier de Chambéry*, op. cit., p. 77.

⁸⁹³ Nous reviendrons plus en profondeur sur cette question de la durée de séjour dans le cadre du chapitre 7.

La question de la prise en charge sociale des patients précaires, parmi lesquels les patients présumés roms, met en exergue les contradictions auxquelles sont confrontés les services d'urgences enquêtés : afin de mener à bien, sur le long terme, la mission principale du service, c'est-à-dire le soin, les médecins s'accordent théoriquement à reconnaître la nécessité de collaborer avec les assistantes sociales. Pourtant les conflits entre ces deux catégories de professionnels révèlent une forte contradiction entre les idéaux égalitaires qui animent ces professionnels et les ambitions de performance technique vers lesquelles tendent les médecins du service, mais aussi entre le temps nécessaire à cette prise en charge sociale et les impératifs de rentabilité du service – notamment en termes de lits disponibles et de durée moyenne de séjour. Finalement, comme le souligne Isabelle Parizot, *« si une attention au malade et à son environnement apparaît nécessaire pour l'ensemble des patients, elle devient essentielle pour les personnes désocialisées (...) dont les pathologies sont souvent liées à leurs conditions de vie, à leurs difficultés économiques et sociales... L'hôpital aux plateaux techniques performants butte en réalité sur les besoins de prise en charge globale, qui intégrerait au soin médical une dimension humaine, sociale et psychologique »*⁸⁹⁴.

Les professionnels que nous avons rencontrés procèdent à la racialisation des usages que les patients présumés roms feraient des services d'urgences. Ils présentent la prise en charge de ces patients comme plus difficiles que les autres, sources d'incertitudes et de surcroît de travail. Pourtant, derrière le mythe culturel se cache la réalité de la précarité des populations identifiées comme roms par les enquêtés. Leurs conditions de vie et leurs difficultés économiques et sociales suffisent à expliquer leurs usages et leurs motifs de recours aux urgences. Or les services d'urgences sont unanimement désignés par les professionnels interrogés comme l'un des rares accès aux soins possibles pour les patients les plus précaires. Ces derniers constitueraient même, à les entendre, le public principal du service. Alors comment expliquer que, malgré leur habitude de prendre en charge les patients précaires, les professionnels des urgences décrivent les modes de recours

⁸⁹⁴ Isabelle Parizot, *Soigner les exclus*, op. cit., p. 52.

des patients présumés roms comme une source de difficultés professionnelles spécifiques ? L'institution n'est-elle pas adaptée aux usages que les patients précaires, parmi lesquels les patients présumés roms, font des services d'urgences ? La conception d'un service dédié aux « vraies urgences », aux urgences vitales, et non destiné à prendre en charge la « bobologie » des patients précaires fournit un début de réponse. Les professionnels médicaux et paramédicaux jugent également les exigences de cette prise en charge globale incompatibles avec les objectifs de performance et de spécialisation médicale du service. Or, en adoptant une conception du soin aveugle aux différences sociales, privilégiant la maladie au détriment des malades⁸⁹⁵, les professionnels hospitaliers participent à renforcer sur le long terme les inégalités de santé dont souffrent les plus démunis, parmi lesquels les patients présumés roms. Nous voyons ainsi que la racialisation est un outil particulièrement efficace de dénégation du social.

Si, comme nous l'avons vu, les professionnels soignants cherchent à éviter, dans la pratique, la prise en charge sociale des patients précaires aux urgences, ils sont pourtant conscients de l'enjeu. Les médecins, notamment, sont nombreux à estimer que régler les problèmes médicaux des usagers précaires sans trouver de solution à leurs difficultés sociales ne sert à rien : les patients qui n'ont pas de couverture sociale ou qui n'ont pas les moyens financiers de suivre les traitements indiqués risquent de revenir aux urgences dans un état de santé aggravé⁸⁹⁶. La racialisation des comportements de non-recours ou de non-suivi des patients présumés roms permet alors aux professionnels hospitaliers d'éviter de se confronter au dilemme habituel entre idéal égalitaire et prouesse médicale, entre « urgences sociales » et « vraies urgences ». En expliquant le non-recours aux soins ou le manque de suivi des patients identifiés comme roms par leur « différence culturelle », ces soignants peuvent, l'esprit tranquille, délaisser le principe d'égalité d'accès aux soins – y compris dans sa dimension sociale – au profit de missions techniques plus valorisantes professionnellement. Présenter les patients présumés roms comme rétifs aux soins du fait de leur « tradition nomade » ou de leur

⁸⁹⁵ *Ibid.*

⁸⁹⁶ « Il faut qu'ils [les patients] soient suffisamment à l'aise pour, voilà, pour nous en parler euh surtout les patients précaires qui n'osent pas dire qu'ils sont dans la précarité, donc si on les met pas à l'aise, ils vont pas nous le dire et ça, c'est important qu'on le sache, nous, pour savoir est-ce qu'ils vont pouvoir s'acheter des médicaments, est-ce que ils vont pouvoir les prendre ? » Dr. Halima Younes, 40 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L. PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

« communautarisme » rend la problématique sociale aux urgences moins visible. Le processus de racialisation annonce alors le désintérêt progressif des institutions de santé pour les patients les plus démunis. Au principe historique d'hospitalité, les réformes hospitalières des quinze dernières années substituent progressivement des objectifs de rentabilité.

Chapitre 7. Les « Roms », des patients non rentables pour l'hôpital moderne

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, la catégorisation, par les professionnels hospitaliers, des « bons » et des « mauvais » patients selon leur âge, leur sexe, leur situation socio-économique, leur statut administratif ou leur origine présumée est un processus habituel à l'hôpital. Les patients identifiés comme roms subissent ce processus de catégorisation comme les autres, et les représentations globalement négatives attachées à cette identité supposée jouent fréquemment en leur défaveur. Il en découle une inégalité de traitement récurrente. L'objet de ce dernier chapitre est de montrer en quoi le système de santé français, et en particulier les dernières réformes hospitalières, tendent encore à renforcer ces inégalités de traitement.

*« En Europe, la nécessité de maîtriser les dépenses de santé s'est imposée au début des années 1980. En France, l'hôpital s'est vu imposer deux grands impératifs : la maîtrise des dépenses et la rentabilité des lits. (...) Dans ce contexte, les situations de précarité et de marginalisation sociales apparaissent comme une entrave à la rationalisation de la prise en charge, d'une part, et comme une menace pour le budget hospitalier en cas d'absence de couverture maladie, d'autre part. »*⁸⁹⁷ Les patients présumés roms personnifient, aux yeux des enquêtés, ces situations de précarité et de marginalisation sociales, ils en sont même à bien des égards l'archétype. Perçus la plupart du temps comme pauvres, nomades, étrangers, en situation irrégulière, en très mauvaise santé, etc., ils sont unanimement désignés par les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés comme des patients « non rentables » pour l'institution de santé. Isabelle Parizot rapporte que *« les critiques ont été nombreuses ces dernières années contre l'hôpital "porteur d'exclusion". Des associations humanitaires médicales ont dénoncé le fait que les établissements publics leur adressaient, plutôt que de les prendre en charge, un nombre important de personnes. Des malades relatent eux-mêmes avoir été déboutés de l'hôpital parce qu'ils ne bénéficiaient pas d'une couverture sociale ou étaient sans domicile. De leurs côtés, les hospitaliers avouent souvent être mal armés, dans leur pratique*

⁸⁹⁷ Isabelle Parizot, *Soigner les exclus*, op. cit., p. 53.

quotidienne, pour accueillir et soigner humainement les plus désocialisés. D'une manière générale, il ne s'agit pas de leur part d'un refus délibéré de prendre en charge les malades défavorisés, mais plutôt d'une inadéquation entre le fonctionnement de l'institution et les besoins de ces patients.»⁸⁹⁸ Il nous a été rapporté et nous avons été témoin de telles pratiques de sélection des patients, en fonction de leur « rentabilité supposée », à l'entrée des établissements de santé ou des services de santé enquêtés. A l'instar d'Isabelle Parizot, nous considérons ces pratiques comme un effet pervers des récentes réformes du nouveau management public appliquées à l'hôpital. Elles entravent indéniablement l'accès aux soins de certains usagers, parmi lesquels les patients identifiés comme roms, et bafouent le principe d'égalité d'accès aux soins et le principe ancien de l'hospitalité qui est fondement de la médecine moderne.

Nous proposons ici d'étudier dans un premier temps en quoi consistent ces réformes hospitalières inspirées du *nouveau management public*⁸⁹⁹ qui font basculer le système de santé français de la solidarité à la performance (1). Puis, nous en constaterons les effets concrets sur les conditions de travail et la pratique quotidienne des professionnels de santé rencontrés. Nous verrons comment se déroule le processus de sélection des patients à l'entrée des établissements de santé ou des services d'hospitalisation, et de quelle façon les patients présumés roms, parce qu'ils sont considérés comme des patients « non rentables », sont ignorés voire ouvertement rejetés par le système de santé public français (2). Enfin, nous nous demanderons ce qu'il advient de ces malades rejetés par les établissements hospitaliers publics (3). Dans une médecine à deux vitesses, nous verrons que l'associatif est bien souvent perçu comme un palliatif aux manquements du secteur public, mais également que, au mépris des idées reçues, un seul enquêté, le

⁸⁹⁸ *Ibid.*, p. 51.

⁸⁹⁹ Pour Philippe Bezes, le *Nouveau Management Public* est « une doctrine protéiforme », un « ensemble hétérogène d'axiomes tirés de théories économiques, de prescriptions issues de savoirs de management, de descriptions de pratiques expérimentées dans des réformes (notamment dans les pays anglo-saxons) et de rationalisations doctrinales réalisées par des organisations transnationales (OCDE, Banque mondiale, etc.). Le *New Public Management* constitue donc largement un puzzle doctrinal à vocation générique, c'est-à-dire susceptible d'être appliqué à tous les services administratifs quels qu'ils soient, et alimentant des conceptions de réforme multiples et parfois contradictoires. » Philippe Bezes, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du *New Public Management* », *op. cit.*, p. 28. « Le recours à des outils comme la gestion par objectifs, la contractualisation, les audits de performance, la rémunération à la performance ou la responsabilisation des fonctionnaires constitue désormais un ensemble de "recettes" légitimes pour résoudre les "problèmes" de l'administration française. » Philippe Bezes, « Le tournant néomanagérial de l'administration française », *op. cit.* Philippe Bezes, « Etat, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du *New Public Management* en France depuis les années 1970 », *op. cit.*

coordinateur des urgences de la Clinique E, considère les « Roms » comme des patients « rentables » et cherche à fidéliser cette patientèle.

7.1. Les réformes hospitalières, de la solidarité à la performance

Alors que « *le premier code de la santé, en 1953, comportait 792 articles. Il en comportait au 1^{er} juillet 2007, 9 672, soit une multiplication de son volume par un facteur 12 en un demi-siècle* »⁹⁰⁰. Les quinze dernières années ont été marquées par un rythme particulièrement « frénétique »⁹⁰¹ en matière de réformes menées dans le domaine de la santé. Anne Laude note qu'au cours de la décennie 2000, « *sans compter les lois de financement de la sécurité sociale, ce ne sont en effet pas moins de trente-cinq lois et autant d'ordonnances qui ont modifié la législation sanitaire. Les modifications intervenues dans le droit de la santé au cours de cette décennie n'ont certes pas toutes la même importance. Néanmoins, aucun secteur du droit de la santé n'a été épargné.* »⁹⁰²

L'analyse des objectifs visés par les principales réformes menées depuis les années 1980 – et de leurs conséquences pour les établissements de santé et les professionnels qui y travaillent – met en exergue de quelles façons les réformes du nouveau management public ont contribué à éclipser progressivement les principes d'égalité et de solidarité qui gouvernaient l'hôpital, au profit d'objectifs de performance et de rentabilité. Après une succincte présentation des principales réformes hospitalières s'inspirant du nouveau management public qui ont été mises en œuvre ces dernières années, nous verrons comment les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés perçoivent le processus de financiarisation des soins à l'œuvre et son impact sur leur pratique professionnelle. Puis, nous soulignerons les nouveaux enjeux qui s'imposent aux soignants en termes de durée moyenne de séjour et de rentabilité des hospitalisations pour constater *in fine*, avec

⁹⁰⁰ Jean-Marc Sauvé, « Les évolutions du code de la santé publique », *Revue de droit sanitaire et social*, mai-juin 2008, n° 3, p. 409.

⁹⁰¹ Anne Laude, « Dix ans de droit de la santé », *Les Tribunes de la santé*, 2009, vol. 25, n° 4, p. 51.

⁹⁰² *L'organisation de la santé, la politique de santé, les établissements de santé, les professionnels de santé, les patients, tous les acteurs et toutes les actions de santé ont été modifiés, notamment par les lois du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie, la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, et enfin par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.* » *Ibid.*, p. 52.

Nicolas Belorgey, que ces réformes ont donné naissance à un « soin *low cost* »⁹⁰³ unanimement condamné par les enquêtes.

7.1.1. Les réformes du nouveau management public

Pour l’auteur de *L’hôpital sous pression*, les récentes réformes hospitalières s’inspirent du nouveau management public, c’est-à-dire d’un paradigme d’action publique qui « *s’intéresse initialement au contrôle des agents producteurs, cherchant à accroître leur productivité et leur fixant à cette fin des objectifs quantifiés. Ses outils de motivation sont alors essentiellement financiers. A son prisme, les problèmes sont reformulés en question purement techniques, les aspects politiques étant réputés traités dans des instances extérieures comme le Parlement. Il se présente comme une simple recherche d’efficacité, donc transposable dans n’importe quel contexte, au service de n’importe quelle fin. Sous ce jour, il n’y aurait pas de différence fondamentale entre les secteurs privé et public, et il serait donc temps d’importer dans le second, qui serait si inefficace et irait si mal, les outils qui auraient fait la fortune du premier.* »⁹⁰⁴ Il identifie trois réformes hospitalières s’inspirant du nouveau management public – le « Programme de médicalisation des systèmes d’information » (PMSI), l’introduction d’un Objectif national d’évolution des dépenses d’assurance maladie (Ondam) et la « tarification à l’activité » (T2A) – visant à maîtriser les dépenses de santé, « moderniser » la fonction publique hospitalière et accroître la rentabilité financière des hôpitaux français⁹⁰⁵.

A la Libération, les ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945⁹⁰⁶ instituent la Sécurité sociale française, système de protection sociale obligatoire et universel élaboré par le Conseil national de la résistance. « *Pour l’hôpital, cette “révolution” a modifié radicalement le mode de financement basé jusque-là sur la charité, les dons et legs, l’exploitation des valeurs mobilières et immobilières et*

⁹⁰³ Nicolas Belorgey, *L’hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 305.

⁹⁰⁴ *Ibid.*, p. 9.

⁹⁰⁵ Pour une perspective historique et comparative, voir : Bruno Palier, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

⁹⁰⁶ Voir : *Ordonnance du 4 octobre 1945*, http://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=ORD_4510_04101945, consulté le 4 mars 2015. et *Ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945*, http://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=ORD_452454_19101945, consulté le 4 mars 2015.

des facturations à certains patients de prix de journée d'hébergement et de soins »⁹⁰⁷. Le modèle de financement sur lequel repose alors le système de soin français dépend essentiellement du mode d'exercice et du statut du professionnel de santé qui prend en charge le patient : quelle que soit la pathologie du patient ou la gravité de son état de santé, le financement est forfaitaire dans les établissements publics (c'est le système dit du « prix de journée »), tandis que les établissements privés facturent à l'acte. Dès les années 1980, période de forte inflation, la maîtrise des dépenses de santé et d'assurance maladie devient une priorité pour l'Etat français et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). La mise en place d'outils d'évaluation, de régulation et de management dans le domaine de la santé débute à cette période.

La loi du 19 janvier 1983⁹⁰⁸ instaure un nouveau système de financement par dotation globale et forfaitaire pour les établissements de santé publics ou privés participant au service public (l'ancien système s'appliquant toujours aux établissements privés à but lucratif). Chaque année, une enveloppe dite « globale », dont le montant est fixé *a priori* par le gouvernement sur la base des dépenses de l'assurance maladie, est attribuée à chaque établissement concerné. Cette enveloppe annuelle de dépenses se substitue à la tarification au prix de la journée, jugée inflationniste. Ce système oblige chaque hôpital à s'attacher avant tout à ne pas dépasser les crédits qui lui sont attribués par la caisse dont il dépend. Pour Edouard Couty, « *ce modèle a créé des rentes de situation aux établissements les moins dynamiques alors qu'il pénalisait lourdement les établissements dont l'activité augmentait, se densifiait ou qui développaient des activités de pointe coûteuses* »⁹⁰⁹. D'autre part, il estime que le lien toujours étroit entre mode de financement et mode d'exercice ou statut de l'établissement accentue le partage des activités entre établissements privés et établissements publics ou privés participant au service public⁹¹⁰ : « *les établissements en dotation globale assurant le service public sont plus centrés sur les urgences, la prise en charge des*

⁹⁰⁷ Edouard Couty, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient? », *op. cit.*, p. 23.

⁹⁰⁸ Voir : *Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Loi dite loi Bérégovoy*, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=17FC44B8238BA168805699B096B78228.tpdjo15v_2?cidTexte=JORFTEXT000000504452&idArticle=JORFARTI000002279660&dateTexte=19830120&categorieLien=cid, consulté le 4 mars 2015.

⁹⁰⁹ Edouard Couty, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient? », *op. cit.*, p. 26.

⁹¹⁰ Ce partage d'activité préexiste à ces réformes et est décrit dès 1973 par Claudine Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *op. cit.*

*personnes en situation de précarité, la médecine, les activités de pointe les plus coûteuses. Les établissements commerciaux toujours rémunérés à l'acte, à la journée et aux prestations techniques développent les activités de court séjour, génératrices d'actes et de prestations techniques : chirurgie, médecine à actes, obstétrique. »*⁹¹¹

Parallèlement, les pouvoirs publics français cherchent à mettre en place un moyen de rendre compte de la « production hospitalière » et ainsi à « *supprimer l'asymétrie d'informations dont bénéficient initialement par rapport à eux les soignants, seuls à connaître le détail de leur travail, et pouvant en tirer parti pour obtenir des financements exagérés* »⁹¹². Autorisé par la circulaire du 5 août 1986, le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) consiste en un recueil d'informations administratives et médicales sur chaque séjour de patient effectué dans un établissement de santé. Ce système repose sur la nomenclature des Groupes Homogènes de Malades (GHM)⁹¹³ qui permet de classer la totalité des séjours hospitaliers selon un nombre limité de groupes présentant une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales (diagnostics principal et associés, actes techniques réalisés, mode de prise en charge) et de consommation de ressources induite (durée de séjour et coût notamment). Le recueil des données PMSI permet de procéder à une analyse médico-économique de l'activité de l'ensemble des établissements, et à une allocation de ressources pour les établissements financés sous dotation globale grâce à la valeur du point ISA (indice synthétique d'activité). Le point ISA est une unité de valorisation des séjours tels qu'ils sont recensés par les GHM. A partir de la comptabilité analytique détaillée d'une quarantaine d'établissements, la moyenne des coûts observés par GHM est calculée et exprimée en ISA, en fonction de la lourdeur de

⁹¹¹ Edouard Couty, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient? », *op. cit.*, p. 26.

⁹¹² Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 13. « Ces théories [du New Management Public] utilisées en économie politique défendent l'idée que les administrations sont parvenues, dans les démocraties, à imposer leurs intérêts aux élus politiques en raison de multiples asymétries qui sont favorables aux premières : maîtrise de l'information et de l'expertise dans les politiques publiques ; contrôle de la mise en œuvre des programmes et des savoirs pratiques qui leur sont attachés ; utilisation discrétionnaire des budgets, etc. Cette autonomie, jugée dangereusement excessive, concerne aussi bien les fonctionnaires de terrain (street-level bureaucrats) que les hauts fonctionnaires, dont la loyauté à l'égard des élus politiques et la responsabilisation dans les résultats des politiques publiques sont jugées insuffisantes. » Philippe Bezes, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *op. cit.*, p. 29-30.

⁹¹³ Cette nomenclature est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* (DRG) élaborée par l'équipe du Professeur Robert Fetter de l'université de Yale aux Etats-Unis. Voir à ce sujet : « L'adaptation des DRG en France: le programme de médicalisation du système d'information », *Sciences sociales et santé*, 1990, vol. 8, n° 2, p. 115-117. Frédéric Pierru, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant: Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012, vol. 194, n° 4, p. 34.

la pathologie et du coût moyen du traitement approprié. Il est alors possible d'obtenir la valeur du point ISA pour un ensemble considéré (établissement, groupe hospitalier, région, etc.) en rapportant le nombre de points ISA produits aux dépenses afférentes à l'activité considérée. La valeur du point ISA constitue un indicateur global de productivité des établissements de santé qui peuvent dès lors être comparés les uns aux autres⁹¹⁴ : ainsi, « *l'entité dont le point ISA vaut plus que celui des autres membres de sa catégorie est réputée "surdotée" et encourt des sanctions budgétaires.* »⁹¹⁵.

En 2002, s'appuyant sur le recueil d'information autorisé par le Programme de médicalisation du système d'information, l'Etat instaure la « tarification à l'activité » (T2A) qui sera progressivement mise en place à partir de 2004 afin « *d'améliorer l'efficience des hôpitaux en rémunérant leurs activités sur la base de prix établis en fonction des résultats des établissements bien organisés et efficaces et non sur celle des coûts constatés dans chaque hôpital* »⁹¹⁶. Ce nouveau mode de financement des établissements établit une allocation de ressources en fonction des activités calculée selon une tarification par types de pathologie ou « Groupe Homogène de Séjour » (GHS) et vise un équilibre budgétaire au sein de chacun d'eux. Pour Nicolas Belorgey, « *ce système met en place un financement de l'hôpital en fonction du coût non plus réel mais supposé du séjour* ». Alors que jusqu'à présent, le budget annuel des établissements de santé était déduit de celui de l'année précédente, la réforme de la T2A implique qu'une partie croissante des ressources financières des hôpitaux sera calculée en fonction de leur « productivité » respective, calculée en points ISA. De plus, les pouvoirs publics ne couvrant plus *a posteriori* les dépenses imprévues des établissements de santé, nombre d'entre eux se retrouvent en déficit. « *Tous les dépassements du coût officiel, qu'ils soient dus à des malades plus lourds, à une plus grande qualité des soins, ou à une moindre productivité de l'établissement – point mis en avant par*

⁹¹⁴ Brigitte Dormont et Carine Milcent, « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés? Les enjeux de la convergence tarifaire », *op. cit.*

⁹¹⁵ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 13. Jean-Claude Moisson et Dominique Tonneau ajoutent que « *ces mesures firent apparaître d'énormes disparités (allant de 1 à 4) entre établissements, ce qui confirmait s'il en était besoin l'inégalité de dotation en personnels entre les hôpitaux (rappelons que les dépenses de personnel représentent environ 70 % d'un budget hospitalier).* » in : Jean-Claude Moisson et Dominique Tonneau, « Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? », *Politiques et management public*, 15 octobre 2008, vol. 26/1, p. 111-126.

⁹¹⁶ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 14.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

*les auteurs de la réforme –, se retrouvent donc, dans cette logique, à la charge de celui-ci. »*⁹¹⁷

Le système de la tarification à l'activité fonde le financement des établissements de santé sur le nombre de patients traités et sur la lourdeur relative des pathologies dont ils sont porteurs. Ce système incite ainsi les opérateurs de santé à produire le plus d'activités possibles à un coût minimum. *« Afin de boucler leur budget, de financer des investissements ou de nouvelles activités "rentables", les responsables d'établissements poussent les "producteurs" de soins à accroître leur activité, à moyens constants, à être plus "performants". Ce faisant, ils contribuent à accroître l'activité globale »*. Pourtant, depuis 2010, les dépenses d'assurance maladie n'ont pas dépassé le seuil fixé par l'Ondam⁹¹⁸. Créé par une ordonnance de 1996 dans le cadre du plan Juppé⁹¹⁹, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) est le montant prévisionnel établi annuellement pour les dépenses de l'assurance maladie en France. Depuis 1997, il est voté chaque année par le Parlement dans le cadre du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). *« Initialement purement déclaratif comme son nom l'indique, l'Ondam est devenu, au fil des gouvernements successifs, de plus en plus coercitif. Par conséquent, aujourd'hui, quand bien même l'"activité" d'un service de soin augmente, celui-ci peut voir son budget réduit. Il suffit pour cela que le budget globalement alloué aux hôpitaux à partir de l'Ondam soit trop faible par rapport aux soins qui y sont effectivement prodigués, ce qui se traduit par une dévalorisation financière de chaque acte. »*⁹²⁰ Les pouvoirs publics peuvent en effet décider, si le volume d'activité excède les prévisions annuelles et risque ainsi de provoquer un dépassement du taux prévu pour l'évolution de l'Ondam⁹²¹, de réduire les tarifs des actes, comme ce fut le cas par exemple en 2011, 2012 et

⁹¹⁷ *Ibid.*

⁹¹⁸ Patrick Hassenteufel et Bruno Palier, « Les trompe-l'œil de la "gouvernance" de l'assurance maladie », *Revue française d'administration publique*, 1 mars 2005, vol. n°113, n° 1, p. 15.

⁹¹⁹ Bruno Palier, *La réforme des systèmes de santé*, *op. cit.*, p. 101-104.

⁹²⁰ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 14. Voir également à ce sujet : Jean-Claude Moisson et Dominique Tonneau, « Le financement concurrentiel des hôpitaux », *op. cit.*, p. 114.

⁹²¹ L'article 40 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie. En vertu des dispositions de l'article L.114-4-1 du code de la Sécurité sociale, ce comité « placé auprès de la Commission des comptes de la Sécurité sociale » se voit confier la mission « d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement » qui sont alors tenus de « proposer des mesures de redressement ». Voir à ce sujet : *Chaque année, le parlement vote l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)*, <http://www.securite-sociale.fr/Chaque-annee-le-parlement-vote-l-objectif-national-des-depenses-d-assurance-maladie-ONDAM>.

2013⁹²². Ce qui fait écrire à Edouard Couty que « *ce mécanisme constitue un cercle vicieux "tarifs en baisse / augmentation (artificielle ?) d'activité / baisse des tarifs" dont il est finalement difficile de sortir, et qui n'est certainement profitable ni à l'accès aux soins ni à la qualité des soins* »⁹²³.

Enfin, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, appelée loi HPST, substitue à la notion de « service public hospitalier » celle de « mission de service public ». Les missions générales des établissements de santé sont définies par l'article L. 6111-1 du code de la santé publique⁹²⁴. La loi HPST rompt le lien entre le statut des établissements et les missions qu'ils exercent. Les missions, qui caractérisaient en partie le service public hospitalier, sont qualifiées de missions de service public, au-delà des activités générales de soins. La loi HPST définit quatorze missions de service public qui peuvent être exercées par tout établissement public ou privé participant au service public hospitalier, moyennant le respect des obligations de service public (comme l'application de tarifs opposables)⁹²⁵. Si la loi HPST ne modifie en rien le statut de l'hôpital public, elle réforme profondément sa gouvernance et assouplit ses règles de fonctionnement. L'hôpital public, « *allégé des charges du service public et des pesanteurs administratives ou statutaires* »⁹²⁶, présente de plus en plus de similitudes avec l'entreprise privée⁹²⁷. Pour Edouard Couty, « *dans ce contexte, la pratique de la T2A revêt de nouveaux enjeux : il s'agit d'optimiser les recettes pour dégager le maximum de ressources. Les risques sur la qualité des soins par le raccourcissement excessif des séjours, la reconvoction des malades et le développement démesuré des soins de suite ; [les risques] sur la sélection des patients par l'éviction des complications non prises en compte par la classification ; la recherche de segments d'activité dont le coût est inférieur au tarif, peuvent se réaliser.* »⁹²⁸ Et, en effet, sur le terrain, les professionnels

⁹²² Edouard Couty, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient? », *op. cit.*, p. 28.

⁹²³ *Ibid.*, p. 29.

⁹²⁴ Voir le texte intégral : Article L.6111-1 du Code de la santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690669&dateTexte=&categorieLien=cid>, consulté le 4 mars 2015.

⁹²⁵ « *Radical dans la forme, la réforme l'est aussi dans le fond puisqu'elle supprime la notion d'hôpital et "vaporise" le service public hospitalier qui peut être désormais vendu à la découpe par les agences régionales de santé, selon un mécanisme d'enchères, en quatorze missions au public comme au privé.* » Frédéric Pierru, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant », *op. cit.*, p. 33.

⁹²⁶ Edouard Couty, « Hôpital public », *op. cit.*, p. 46.

⁹²⁷ Frédéric Pierru, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant », *op. cit.*, p. 39.

⁹²⁸ Edouard Couty, « Hôpital public », *op. cit.*, p. 46.

hospitaliers identifient divers effets pervers de ces réformes dans le déroulement de leur travail quotidien⁹²⁹.

7.1.2. Le ressenti de la financiarisation des soins

Ces réformes sont au cœur des préoccupations des professionnels hospitaliers rencontrés au cours de l'enquête de terrain, en particulier les encadrants (chefs de service et cadres de service), qui estiment qu'elles sont à l'origine de dégradations de leurs conditions de travail. Leurs propos font écho aux écrits de François-Xavier Schweyer pour qui « *les réformes financières de l'Etat (loi organique pour la loi de finance depuis 2002, loi organique pour le financement de la sécurité sociale depuis 2005) ont introduit de nouvelles pratiques fondées sur les principes de recherche d'efficacité et de responsabilisation notamment. (...) L'introduction en 2002 de la tarification à l'activité (T2A) et de la nouvelle gouvernance dans le cadre du plan "Hôpital 2007" (prolongé par le plan "Hôpital 2012"), (...) traduisent, parmi d'autres mesures, la transformation que connaît aujourd'hui l'hôpital.* »⁹³⁰ Dans les services enquêtés, ces transformations sont commentées par les professionnels hospitaliers. Par exemple, un médecin de quarante-cinq ans se souvient de ces années d'internat et remarque la place croissante des considérations économiques à l'hôpital.

« Quand j'étais interne en réanimation (...) les considérations économiques n'étaient pas encore très, très fortes. On codait⁹³¹ les patients pour dire "c'est notre activité, voilà ce qui nous est dû, ce qu'on doit faire"... Aujourd'hui, c'est vrai que les considérations économiques ont pris le dessus ». Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

A l'occasion de la nouvelle gouvernance mise en place par le plan « Hôpital 2007 », le chef du service de réanimation de l'hôpital public G est quant à lui devenu le chef du pôle « Urgences, SMUR, Réanimation et Médecine Polyvalente d'Urgence ».

« Maintenant, il y a des chefs de service et des responsables de pôle. Avant, il y avait les services, maintenant les services sont réunis à plusieurs pour former des pôles et, au-dessus du chef de service, il y a le responsable de pôle, si bien que le chef de service a des responsabilités plus limitées qu'avant, en termes de gestion, pas en termes médical. En

⁹²⁹ Michel Caillol, Pierre Le Coz, Régis Aubry, et Pierre-Henri Bréchat, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », *op. cit.*

⁹³⁰ François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché: la fonction publique hospitalière en réformes », *Revue française d'administration publique*, 12 mars 2010, n° 132, n° 4, p. 728.

⁹³¹ Référence au codage des actes médicaux nécessaires à la facturation des prises en charge.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

termes de gestion, il est chapeauté par le responsable de pôle – ici c'est moi – c'est la nouvelle gestion des hôpitaux, c'est un rôle de gestion. (...) D'abord, pour être responsable de pôle, il a fallu faire deux ans de formation en gestion puisque c'est de la gestion, donc je suis allé à [l'université] faire de la gestion, puisque c'était pas mon [parcours]... (...) » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Il décrit son nouveau rôle de gestionnaire financier comme très éloigné de ses préoccupations et de ses valeurs en tant que médecin : selon lui, le patient disparaît au profit du bilan comptable dans ses négociations avec la direction de l'établissement.

« On ne parle plus de malades maintenant dans les hôpitaux, on parle d'argent, d'euros. Quand je vois le directeur, je ne lui dis pas que je vais soigner un patient cardiaque, rénal, quelqu'un qui a de la famille, pas de famille, qui est isolé, il s'en fout complètement. Maintenant il m'envoie des comptes rendus en euros. Je lui dis "je m'engage à vous faire 700 000 euros de médecine", je vous garantis que c'est vrai ! Là, par exemple, on va ouvrir des lits de médecine polyvalente d'urgence en bas, on est en travaux et, pour les avoir, je suis allé voir le directeur en lui disant, il y a un assistant de gestion au deuxième étage, qui ne fait pas de médecine, il ne fait que de la gestion et aide le pôle à faire de la gestion, on fait des calculs : "on va faire 700 000 euros, en échange on vous demande 500 000 parce qu'il nous faudra des infirmiers, des médecins, des médicaments. Vous gagnez 200 000 euros, topez-la, topez-la !" donc on a topé ! Et donc on démarre la médecine polyvalente mais on ne lui a pas dit qu'on allait soigner ceci, cela, il s'en fout complètement ! Je lui ai dit combien d'euros j'allais lui faire. » Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Le témoignage de la cadre du même service de réanimation confirme cette préoccupation permanente, de la part de la direction de l'Hôpital public G, pour les questions économiques et financières. Elle décrit les bricolages internes qui permettent, par exemple, de faire passer le coût d'un examen par IRM du budget d'un service à celui d'un autre. Ses propos laissent entrevoir le contresens que constitue à ses yeux ce type de raisonnement financier dans le cadre hospitalier⁹³². Pour elle, ces considérations sont déconnectées des réalités du service et les économies ne sont pas faites sur les bons postes.

« On ne parle que de ça aujourd'hui [de la rentabilité financière]. [Frédéric Amanroche, le chef de service] dit "non, ça, ça coûte trop cher", style "on ne fait pas les examens chez nous, c'est quand ils rentreront en médecine qu'ils feront les examens, c'est eux qui paieront". Je crois que tous les services font ça maintenant, parce qu'on nous dit qu'il faut

⁹³² « L'environnement de travail apparaît ainsi comme faisant obstacle au travail, il vient le perturber et le gêner, il empêche les acteurs de faire correctement ce qu'ils ont à faire. Pour y parvenir, il faut contourner les obstacles, ruser, trouver les ficelles, s'adapter et parfois tricher. Ici les cadres ont d'abord l'impression de se battre contre leur entreprise. De nouveau, ils se heurtent à son incohérence qui se traduit par des normes et des procédures inapplicables ou contradictoires, par des choix budgétaires et stratégiques vécus comme antinomiques avec ce qu'on leur demande de réaliser, ou encore par l'empilement des strates décisionnaires, ou des objectifs, qui ensemble ne s'accordent que trop rarement. Surmonter ces obstacles donne une teneur particulière au travail. » Olivier Cousin, « Entre contrainte et plaisir, le travail des cadres », *op. cit.*

faire des économies dans la santé, je suis d'accord. On nous dit qu'il y a plein d'économies à faire, moi je sais où il faut les faire mais on ne les fait pas au bon endroit. Cette histoire de pôle... Si un patient a besoin d'un IRM, il a besoin d'un IRM, que ce soit en [service de réanimation ou ailleurs], il faut lui faire, de toute façon, c'est l'hôpital. Mais si nous, on argumente en disant qu'on a fait trop d'IRM cette année, effectivement c'est mieux que ce soit les autres qui paient. L'autre jour, j'ai travaillé sur les contrats de pôle qu'on nous a donnés, c'est vraiment des arguments [comme] "cette année, vous avez 200 % de transports en plus". Attends, quand on transporte les malades à l'extérieur, c'est qu'on ne peut pas les soigner à [l'hôpital G], parce que on n'a pas ce qu'il faut donc, de deux choses l'une, soit on ne les transporte plus, comme ça on n'aura plus de frais de transports en plus, et puis c'est tant pis pour eux, ils n'ont pas de chance, ils ne sont pas tombés dans le bon hôpital, il n'y a pas ce qu'il faut ; soit on se dit qu'on soigne plus les malades. Quand on s'amuse à les transporter en SMUR ailleurs, c'est pas pour le plaisir, c'est parce que leur état de santé le nécessite. Mais on est argumenté sur des critères comme ça. Je trouve ça ridicule. (...) Moi, je suis malade de voir le gâchis qu'on fait, mais on veut faire des économies pas au bon endroit. On veut les faire globalement dans les soins et sur le dos des patients. » Dominique Trzepizur, 48 ans, cadre infirmier, service de réanimation, Hôpital public G.

Le parcours professionnel original de Marcel Boughalem, cadre infirmier du service d'oncologie au moment de l'enquête, donne un poids particulier à son témoignage sur la question de la rentabilisation financière des services hospitaliers. Né à Paris en 1964, il débute des études de médecine après son baccalauréat, mais son manque d'assiduité le conduit rapidement à « se rabattre » sur une filière « thérapeutique et soins » qui prépare au diplôme d'infirmier. Une fois diplômé, il fait son service militaire puis il travaille un peu moins de deux ans dans le service de chirurgie orthopédique d'une clinique privée en région parisienne où il s'ennuie.

« Y'avait rien d'intéressant à faire, y'avait pas de matériel, les patients, c'était pas intéressant parce que, en clinique, ce qu'ils font c'est pour gagner de l'argent, c'est pas pour (...) l'intérêt [médical]. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

Il choisit alors de changer radicalement d'orientation professionnelle et entre au service Développement d'une entreprise d'informatique grâce à ses compétences personnelles.

« Dans ma jeunesse, j'ai fait beaucoup d'informatique, de programmation, j'ai même programmé quelques jeux qui ont été vendus dans le commerce. Donc, je suis allé là-dedans, j'ai fait de la gestion, c'était de la programmation hein, pour des gros comptes, donc j'ai fait du développement informatique. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

Trois ans plus tard, il décide de participer à la création d'une entreprise de services informatiques avec quelques amis. Il devient chef de projet, décroche des contrats avec de grandes entreprises, voyage beaucoup mais regrette de ne pas avoir davantage de temps libre à consacrer à sa famille. Il choisit alors de « laisser les

clefs de la société » à ses associés et, près de dix ans après, revient vers le milieu hospitalier : « c'est comme le vélo, ça s'oublie pas ». Il est facilement recruté comme infirmier aux urgences de l'Hôpital public A où il reste trois ans. Puis, après un court passage en Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC), il entreprend de passer le concours d'entrée à l'école des cadres : « étant chef d'entreprise euh...voilà, (...) je pouvais pas rester infirmier, j'avais besoin d'avoir des responsabilités ». Malgré de très bonnes notes aux épreuves écrites, il dit devoir s'y reprendre à trois fois avant d'obtenir le concours d'entrée car, selon lui, il ne fallait « surtout pas [durant l'oral] que je dise que j'ai été chef d'entreprise et que j'ai une expérience privée, dans le privé, dans le domaine informatique. (...) Faut être dans le moule ». Il devient cadre d'un service de chirurgie et revendique « une certaine autonomie » dans sa gestion. Il se définit comme « très loin de ce que font les cadres en général », à savoir :

« Relayer les ordres de la direction et de faire ce qu'on nous demande de faire, de surtout pas avoir d'autonomie, de marges de manœuvre, de contestation, d'argumentation, de... Voilà, ça, ils [les membres de la direction] veulent pas. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

Par exemple, il se sert de ses connaissances en informatique pour mettre en place des outils de codification des actes, de gestion des patients, ou encore de commandes automatisées dans son service – sans l'accord de la direction de l'établissement. Voici la façon dont il évalue, sur un ton ironique, la place que la « logique de finance » occupe non seulement à l'Hôpital A, mais dans les établissements de l'AP-HP en général, à la lumière de son expérience du secteur privé et de ses connaissances en informatique.

« On n'est plus dans une logique de soins, on n'est plus dans une logique, on va dire, de compétences, de valeur ajoutée, on est dans une logique de finance, actuellement. Purement financière. Y'a un indicateur qui est très clair. Ils sont en train de mettre en place sur l'Assistance Publique un logiciel qui s'appelle SAP, qui est en place chez Peugeot, Renault, enfin peu importe une industrie. Donc, ils l'ont mis sur un truc de soins. Moi, j'ai été à la formation, alors je peux en parler en tant qu'expert en informatique, euh... Logiciel absolument pas convivial, très difficile à utiliser pour l'utilisateur moyen, mais un logiciel très puissant pour l'analyse finance. Donc ils sont dans une logique financière, ils n'ont plus de fonctionnement, d'optimisation du fonctionnement. Ils sont dans une logique "il faut que ça rapporte", ou plutôt "il faut que ça coûte le moins cher". Le reste, c'est complètement accessoire, donc ce logiciel, très bien, c'est un logiciel de finances, de financier, ce n'est absolument pas un logiciel de fonctionnement, de production. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

Selon cet enquête, le nouveau logiciel de gestion de l'AP-HP est donc avant tout un outil d'analyse financière, ce qui illustre à ses yeux la recherche de rentabilité

qui anime les directions d'établissements de santé au détriment de la « logique de soins, de compétences, de valeurs ajoutées » qui prévalait auparavant. Pour Hélène Chéronnet et Charles Gadéa, *« concrètement les établissements de soins fonctionnent désormais sur la base d'une gestion par objectifs centrée sur l'efficacité, la performance et la qualité, qui implique la mise en œuvre de nouvelles procédures et démarches de plus en plus formalisées, fondées sur des méthodes de travail transversales. (...) Des fonctions de gestion comptable sont de plus en plus couramment attribuées à des personnels médicaux et paramédicaux "de terrain", de même que les préoccupations gestionnaires imprègnent tous les métiers. Médecins, cadres infirmiers et administratifs se trouvent de plus en plus fortement engagés dans la logique des normes managériales qui se répandent dans les établissements »*⁹³³. La majorité des professionnels hospitaliers rencontrés se disent opposés aux réformes du nouveau management public engagées ces dernières années dans le milieu de la santé, non seulement parce qu'elles leur semblent en désaccord avec les valeurs fondamentales du soin⁹³⁴, mais également parce qu'ils en subissent concrètement et quotidiennement les effets jugés néfastes sur leurs conditions de travail⁹³⁵.

7.1.3. Hospitalisation, durée moyenne de séjour et lits d'aval

Pour Carine Vassy, la professionnalisation de l'hôpital, via la spécialisation des savoirs, et la recherche d'une meilleure maîtrise des budgets et coûts hospitaliers entrent en contradiction avec la mission originelle des hôpitaux : la mission sociale. *« Aujourd'hui, la diversité du travail accompli et celle de la population accueillie créent des tensions fortes sur l'organisation des services. Deux moments particuliers cristallisent les tensions : celui du tri à l'accueil et celui de l'hospitalisation dans d'autres services. »*

⁹³³ Hélène Chéronnet et Charles Gadéa, « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics », in *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte., Paris, 2009, p. 79-80.

⁹³⁴ « L'exaltation du rendement, de la productivité, de la compétitivité ou, plus simplement, du profit, tend à ruiner le fondement même de fonctions qui ne vont pas sans un certain désintéressement professionnel associé, bien souvent, au dévouement militant. » Pierre Bourdieu, *La Misère du monde*, op. cit., p. 342.

⁹³⁵ Ivan Sainsaulieu, « Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers », *Revue française d'administration publique*, 2008, vol. 128, n° 4, p. 669.

Jusqu'au remplacement du système de financement dit « du prix de journée » – qui consistait à facturer à l'assurance maladie un prix de journée incluant les dépenses d'hébergement et de soin – par le système de financement par dotation globale et forfaitaire en 1983, les établissements de santé publics ou privés participant au service public étaient incités à maintenir un taux d'occupation des lits élevé et à allonger les durées de séjour dans les services d'hospitalisation. Chaque lit occupé était une source de revenu pour l'établissement concerné. De plus, le « prix de journée » étant une moyenne, les services hospitaliers avaient également intérêt à recruter un nombre restreint de nouveaux patients afin de rentabiliser les coûts engagés lors des premiers jours d'hospitalisation, souvent les plus coûteux. Les souvenirs de la cadre supérieure du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L permettent de mesurer à quel point les durées moyennes de séjour ont, depuis, été drastiquement réduites.

« A l'époque, parce que c'était y'a trente ans, à l'époque on hospitalisait très longtemps les patientes, alors que maintenant la durée moyenne de séjour en GHR [Grossesses à Haut Risque], c'est cinq jours maximum, et cinq jours, on se dit toujours "oh la la ! Mais comment ça se fait qu'elle soit là depuis si longtemps ?". Y'a des patientes qu'on surveillait pendant des mois, y'a des patientes qu'on a vues trente-cinq jours d'hospitalisation. » Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

L'actuelle logique de rentabilisation de l'activité hospitalière impose aux services d'hospitalisation d'accueillir le plus grand nombre de patients par jour, mais également que ces patients restent le moins longtemps possible et qu'ils soient immédiatement remplacés par d'autres. La réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) est devenue un objectif essentiel pour tous les services d'hospitalisation, comme l'illustrent les propos d'un chef de service de l'Hôpital public A rapportés par une interne de médecine générale.

« A [l'hôpital public A], ce que j'ai compris à la fin [du stage], parce que le chef de service est venu nous lancer des fleurs en disant qu'on avait fait un travail incroyable alors qu'on avait fait que de la merde pendant deux mois, c'était juste une catastrophe la prise en charge des gens ! Mais une catastrophe ! Et, en fait, ce que j'ai compris c'est qu'on avait divisé par deux la durée de séjour et que c'était son but de l'été. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Un moyen simple d'atteindre cet objectif de réduction de la DMS dans les services d'hospitalisation consiste à favoriser l'activité programmée, source de financement stable et prévisible. Toutefois, cette solution a un impact négatif indirect sur le fonctionnement des services d'urgences : elle provoque une raréfaction des « lits d'aval » nécessaires à l'hospitalisation de certains patients après leur passage aux

urgences. « *Les urgences éprouvent beaucoup de difficultés à faire admettre leurs patients dans les services de soins qui veillent à ne pas remettre en cause leur planning d'admissions.* »⁹³⁶ Un médecin des urgences de l'Hôpital public L explique qu'il doit constamment rappeler à ses collègues « des étages » que les patients continuent de se présenter aux urgences, malgré la pénurie de lits disponibles pour les hospitaliser en aval.

« On bricole mais c'est pour ça que, voilà, moi, régulièrement – alors moi je sers un peu de poil à gratter hein – je vais à certaines réunions, je dis, je laisse parler les gens et puis au bout d'un moment je fais "d'accord, mais pour les lits d'hospitalisation, comment on fait ?" En tout cas, chaque fois c'est, "voyez, c'est difficile, vous comprenez, y'a pas d'effectifs", "je comprends mais comment on fait ? Parce que les malades, ils sont là". Donc, je continue jusqu'au jour où on me dira "écoute, peut-être c'est pas possible, faut pas rester dans ce service". Ça arrivera un jour. Mais voilà, mais je continuerai à faire ça, mais je continue. Moi, j'ai adoré la réaction de la minette de l'administration hier "ouais, mais c'est difficile, des soucis d'effectifs", "hummm, je comprends, je comprends, mais les malades, je les mets où ? Parce que moi, ils sont là hein". » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

En effet, lorsque les médecins des urgences estiment qu'un patient doit être hospitalisé, ils doivent lui trouver un lit disponible au sein du service adapté. Dans la plupart des services d'urgences observés, ce sont les cadres et les jeunes médecins qui ont la responsabilité de cette tâche. Il s'agit alors de « vendre le patient »⁹³⁷ qui nécessite une prise en charge plus longue, au service d'hospitalisation concerné, alors même que « *l'admission de malades en provenance des urgences ne peut que désorganiser celle des patients programmés.* »⁹³⁸

« Ça, il faut être une bonne tchatteuse hein ! (*rires*) » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans un article de 1997 consacré à l'admission des patients à l'hôpital, Agnès Camus et Nicolas Dodier constatent que ces tractations entre services sont fréquentes. « *Les services sont sollicités par différents flux de demandes : urgences médicales, médecins libéraux, patients venus en consultation, autres services hospitaliers. Pour faire leur choix, les services mettent en balance, au fur et à mesure des demandes, l'intérêt respectif des différents malades qui leur sont*

⁹³⁶ Françoise Acker, « Les infirmières en crise? », *op. cit.*, p. 64.

⁹³⁷ Agnès Camus et Nicolas Dodier, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *op. cit.*, p. 752-755.

⁹³⁸ Carine Vassy, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 1 juin 2004, n° 32, n° 2, p. 71.

*proposés. Dans toutes ces situations, pour faire admettre un malade, il faut donc convaincre au cas par cas. Il faut montrer que le cas est susceptible d'intéresser. C'est une condition sine qua non. Et c'est le service sollicité qui décide, en dernière instance, s'il accepte la proposition »*⁹³⁹. Les auteurs emploient le concept de « valeur mobilisatrice du patient » – désignant « *l'ensemble des dimensions qui font que le patient paraît plus ou moins intéressant* »⁹⁴⁰ – pour étudier les enjeux de cette négociation entre les urgences et les services d'hospitalisation. Selon eux, la valeur mobilisatrice des malades présente trois dimensions principales : la charge des soins, c'est-à-dire « tout ce qui se réfère à l'ampleur des moyens qu'il faut mobiliser dans un service pour administrer des soins au patient »⁹⁴¹ ; la valeur budgétaire, entendue comme « ce que le patient représente, aux yeux du personnel, en termes de coûts à intégrer dans les calculs et les demandes de budget »⁹⁴² ; et les potentialités d'inédit, « notion [qui] vise à rendre compte de l'intérêt du problème posé par un patient vis-à-vis de la progression des savoirs médicaux spécialisés »⁹⁴³.

Ces trois dimensions sont prises en compte, respectivement et collectivement, par les professionnels des services d'hospitalisation pour attribuer les lits dont ils disposent.

Dès 1997, Agnès Camus et Nicolas Dodier notent donc que cette pratique de tri des patients en fonction de leur valeur mobilisatrice, par les services hospitaliers, avait pour conséquence de répercuter les contraintes de gestion imposées par les autorités administratives sur les services d'urgences. « *Cette sélection sans publicité des personnes admises à l'hôpital est une modalité indirecte par laquelle se forment les équilibres imposés par l'Etat social. Elle relativise la portée réelle d'une approche publiquement posée en termes de « droits », car s'y substitue, pour le patient, une recherche progressive des instances susceptibles d'être intéressées, ou tout au moins non rebutées, par sa valeur budgétaire.* »⁹⁴⁴ Six ans plus tard, la Circulaire n° 195/DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge

⁹³⁹ Agnès Camus et Nicolas Dodier, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *op. cit.*, p. 742.

⁹⁴⁰ *Ibid.*

⁹⁴¹ *Ibid.*

⁹⁴² *Ibid.*, p. 746.

⁹⁴³ *Ibid.*, p. 747.

⁹⁴⁴ *Ibid.*, p. 751.

des urgences⁹⁴⁵ prend note de ces difficultés : *« la prise en charge du patient en aval des services des urgences est une difficulté essentielle, qui implique fréquemment, notamment dans les établissements publics de santé, de longues recherches pour le personnel des urgences et celui des services de soins, d'importants temps d'attente pour les malades et parfois une inadéquation entre le placement et la pathologie, ce qui est défavorable à la qualité des soins et à la prise en charge du patient. Il est essentiel que les services des urgences puissent disposer de la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. Dans les établissements publics de santé, un partenariat doit se formaliser par une convention entre services, afin d'organiser l'hospitalisation du patient dans un service adapté à la prise en charge de sa pathologie »*. Cette prise de conscience par les autorités de tutelle des difficultés des urgences reste toutefois sans effet. Les préconisations réglementaires comprises dans cette circulaire ne sont pas appliquées dans leur intégralité, elles n'ont pas l'effet escompté⁹⁴⁶ et le problème s'accroît. En 2005, un rapport de la Société francophone de Médecine d'Urgence tire la sonnette d'alarme et explique clairement la réduction du pourcentage de patients hospitalisés suite à leur admission aux urgences par l'augmentation de l'activité programmée dans les services d'hospitalisation : *« historiquement, le service des urgences était la principale porte d'entrée de l'hôpital et constituait donc un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers. En raison des progrès médicaux et techniques et du développement des spécialités médicales (et de leur diffusion en milieu libéral), les admissions directes dans les services hospitaliers sont devenues possibles puis ont progressivement augmenté, au point d'être, aujourd'hui, privilégiées par les spécialistes. (...) Aujourd'hui, alors que la fréquentation des structures d'urgence a doublé en 10 ans, les patients ayant initialement transité par les structures d'urgence ne représentent plus que 40 % des malades séjournant dans les services*

⁹⁴⁵ Pour consulter la circulaire, voir : *Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences*, <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>, consulté le 4 mars 2015. Pour consulter l'annexe de cette circulaire, voir : *Annexes à la Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences*, http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf, consulté le 4 mars 2015.

⁹⁴⁶ Pierre Carli, *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, Conseil National de l'Urgence Hospitalière, 2013, p. 6.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

hospitaliers. »⁹⁴⁷ L'analyse des deux tableaux suivants montre effectivement une hausse constante du nombre de passages dans les services d'urgences adultes en France et en région Ile-de-France au cours de la période 2009-2012. Parallèlement, on constate dans les deux cas une hausse constante de l'hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UCD) – c'est-à-dire au sein des services d'urgences mêmes –, tandis que l'évolution du nombre d'hospitalisations complètes (dans l'établissement concerné ou ailleurs) est plus fluctuant⁹⁴⁸.

Tableau 5: Passages aux urgences générales adultes en France

	2009	2010	2011	2012
Nombre total dans l'année	15 494 430	15 438 118	16 314 696	16 359 205
Dont hospitalisés en UHCD	1 232 451	1 303 547	1 353 843	1 442 785
Orientés vers hospitalisation complète	365 352	320 807	322 796	320 983
<i>puis hospitalisés dans même établissement</i>	<i>333 448</i>	<i>292 346</i>	<i>295 851</i>	<i>294 797</i>
<i>puis hospitalisés dans autre établissement</i>	<i>31 904</i>	<i>28 461</i>	<i>26 945</i>	<i>26 186</i>

Source: Statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) - Drees

Tableau 6: Passages aux urgences générales adultes en région Ile-de-France

	2009	2010	2011	2012
Nombre total dans l'année	2 986 012	2 934 979	3 061 657	3 071 428
Dont hospitalisés en UHCD	196 542	220 933	219 191	230 337
Orientés vers hospitalisation complète	51 160	45 668	51 294	56 275
<i>puis hospitalisés dans même établissement</i>	<i>44 976</i>	<i>41 031</i>	<i>46 797</i>	<i>50 637</i>
<i>puis hospitalisés dans autre établissement</i>	<i>6 184</i>	<i>4 637</i>	<i>4 497</i>	<i>5 638</i>

Source: Statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) - Drees

Ces difficultés sont palpables dans les services enquêtés, comme l'illustrent les estimations de l'assistante sociale des urgences de l'Hôpital public L quant au nombre de patients installés de façon prolongée dans l'Unité d'Hébergement d'Urgence (UHU) du service, faute de trouver une place dans les services d'hospitalisation adéquats⁹⁴⁹.

« Sur quatre ans, sur quatre ans, depuis je suis arrivée, on avait des, des, des UHU doublées ponctuellement, voilà, doublées (...). Maintenant la norme c'est doublées et voire même de plus en plus triplées. Ça c'est, enfin voilà, c'est aussi un, c'est un indicateur qui nous dit que les situations se dégradent puisque, quand même à l'UHU, on garde à la fois des personnes pour des places d'hospitalisation parce qu'on a besoin d'examen, mais on garde

⁹⁴⁷ Société Francophone de Médecine d'Urgence, « L'organisation de l'aval des urgences: état des lieux et propositions », Mai 2005, http://www.sfmur.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf (consulté le 04/03/2014), p. 2.

⁹⁴⁸ Voir en annexes ces mêmes données pour chaque établissement enquêté, p. 598.

⁹⁴⁹ Voir en annexes le tableau présentant la répartition des modes de sortie des patients pris en charge aux urgences, pp.600.

aussi des personnes parce que y'a une difficulté sociale à la sortie, y'a, y'a, y'a un frein, y'a un frein. Et là, on se retrouve avec quand même un public très important. (...) Des gens qui arrivent sans mutuelle, des gens qui arrivent avec des hébergements très précaires, des gens qui arrivent avec des retraites qui sont tellement petites que ben pour vivre c'est juste euh super compliqué. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Les données produites par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques concernant les services d'urgences adultes enquêtés montrent en effet que les hôpitaux publics A, L et P – tous trois appartenant à l'AP-HP – ont un très fort taux moyen d'occupation des lits UHCD au moment de l'enquête de terrain⁹⁵⁰.

Tableau 7: Les UHCD dans les services d'urgences adultes des établissements enquêtés en 2012

	Hôpital A	Clinique E	Hôpital G	Hôpital L	Hôpital P
Lits UHCD	12	7	10	13	20
<i>Nombre de journées</i>	<i>3839</i>	<i>236</i>	<i>1460</i>	<i>5255</i>	<i>6593</i>
<i>Nombre de journées-lits exploitables sur l'année</i>	<i>4392</i>	<i>2555</i>	<i>3650</i>	<i>4758</i>	<i>7320</i>
<i>Taux d'occupation des lits UHCD</i>	<i>87%</i>	<i>9%</i>	<i>40%</i>	<i>110%</i>	<i>90%</i>

Source: Statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) - Drees

En adéquation avec ce que nous avons pu observer au cours de notre présence dans le service, l'UCHD de l'Hôpital L pâtit d'une sur-fréquentation régulière⁹⁵¹. Le docteur Bouzidi, médecin urgentiste dans cet établissement, dit se heurter, sur ce sujet, à l'incompréhension des membres l'administration de l'établissement.

« Une fois donc, en fin de garde, 8h [du matin], j'appelle [l'administratrice de garde] en disant "juste avant d'aller dans votre bureau, vous voulez bien passer me voir dans le service ?" Y'avait trente-deux malades hospitalisés le matin, [alors que] nous avons treize places quand même [à l'UHU], trente-deux malades, mais texto hein ! (...) Texto, donc y'en avait vingt et un à l'UHU alors qu'il y a treize places et euh, alors trente-deux et onze de l'autre côté au secteur. Donc en fait URQAL⁹⁵², donc vous voyez y'a l'écran, donc on voit bien les patients etc. Je fais "bonjour, alors, donc voilà, donc je vous ai pas embêté la nuit parce que je voulais pas, mais juste pour information là, actuellement y'a trente-deux malades hospitalisés ce matin (...) et je vous montre, juste je voulais que vous soyez au courant". Elle regarde l'écran, elle me regarde et elle me dit "bon courage !" et "au revoir",

⁹⁵⁰ Pour plus de détails, voir en annexe la présentation des passages aux urgences générales adultes dans les établissements et services enquêtés (2009-2012), pp.598.

⁹⁵¹ Lorsque Rosina explique que les UHU sont « doublées » à l'hôpital L, cela signifie qu'il y a deux fois plus de brancards que prévus dans cet espace. De fait, l'UHU de l'Hôpital L est constamment plein, la promiscuité y est très forte. Dès 1992, Jean Peneff notait à propos de ces unités : « *pourtant la mission des lits-portes, qui est d'accueillir temporairement afin d'établir un diagnostic sûr, s'est transformée sous la pression de la nouvelle politique hospitalière (limiter le nombre d'entrants, la durée de séjour, diminuer le nombre de lits). Elle est devenue un moyen de freiner la tendance à l'hospitalisation, spécialement pour certains cas psychiatriques ou des malades graves en phase terminale. Ainsi, dans les grands CHRU, des patients peuvent demeurer plusieurs jours alors que la règle prévue est un hébergement de moins de 24 heures (...).* », in : Jean Peneff, *L'hôpital en urgence*, op. cit., p. 32.

⁹⁵² Logiciel informatique qui permet de localiser les patients dans le service des urgences.

texto, texto. Donc voilà, c'est juste extraordinaire ! Donc voilà, donc "no comment" ! » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans un article daté d'avril 2013, le chef des urgences du groupe hospitalier universitaire Paris Nord-Val de Seine dénonce la moins bonne qualité des soins prodigués provoquée par l'affectation de personnels soignants à cette tâche de recherche de lits d'aval : « *cette recherche [de lits d'aval] nous pourrit la vie. Pour les trouver, je dois sacrifier des aides-soignants et des cadres qui pourraient faire autre chose, notamment être auprès des malades.* »⁹⁵³ Finalement, quelques mois plus tard, Samu-Urgences de France organise un mouvement de protestation dénonçant les difficultés que rencontrent les urgentistes pour trouver des lits d'aval pour leurs patients quand, « *par souci d'économie, la plupart des services ont un taux de remplissage des lits de plus de 90 %* »⁹⁵⁴. Ils appellent les urgentistes « *à ne plus rechercher eux-mêmes les lits d'hospitalisation en aval des urgences* »⁹⁵⁵ durant la journée du 15 octobre 2013, « *une tâche administrative qui leur prendrait environ 30 % de leur temps de travail* »⁹⁵⁶. Pour Samu-Urgences de France, il y a un lien évident entre les réformes du nouveau management public et les difficultés des professionnels des urgences : « *les règles tarifaires (T2A) favorisent l'hospitalisation de patients préalablement identifiés et donc "programmés"* »⁹⁵⁷. Le docteur di Sotto, médecin italien rencontré aux urgences de l'Hôpital public A, fait lui aussi ce lien, à la lumière de ce qu'il a pu observer lors de réformes hospitalières similaires dans son pays natal.

« [La réforme HPST] sur les hôpitaux publics ? Ah, on a fait la même chose en Italie, il y a dix ans. On est dans la merde totale ! Il n'y a plus de places partout, il n'y a plus de moyens, il n'y a plus de personnel, il y a des listes d'attente pour faire des examens en externe d'un an et demi, des listes opératoires de deux ans, trois ans, il y a des personnes qui restent quatre jours sur un brancard aux urgences parce qu'il n'y a pas de place. Ça, c'est la réforme, la même réforme ! » Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

⁹⁵³ François Béguin, « A Bichat, on attend le départ des chefs de service pour caser les patients », *Le Monde.fr*, 4 septembre 2013, disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/04/09/a-bichat-on-attend-le-depart-des-chefs-de-service-pour-caser-les-patients_3156481_1651302.html (consulté le 06/03/2014).

⁹⁵⁴ Marianne Niosi, « Plongée dans un hôpital étranglé par la gestion financière », *Mediapart*, 18 septembre 2013, (<http://www.mediapart.fr/journal/france/220813/plongee-dans-un-hopital-etrangle-par-la-gestion-financiere>, consulté le 03/03/2014).

⁹⁵⁵ Voir par exemple : AFP, « Hôpital : des propositions pour lutter contre la saturation des urgences », *liberation.fr*, 30 septembre 2013, disponible : http://www.liberation.fr/societe/2013/09/30/hopital-des-propositions-pour-lutter-contre-la-saturation-des-urgences_935780 (consulté le 04/04/2014).

⁹⁵⁶ Shahzad Abdul, « Les urgentistes ne veulent plus passer leur temps à chercher des lits », *Le Monde.fr*, disponible : http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/10/15/les-urgentistes-ne-veulent-plus-passer-leur-temps-a-chercher-des-lits_3495799_3224.html (consulté le 03/03/2014).

⁹⁵⁷ François Braun, Dominique Pateron, et Marc Giroud, « Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations », *Note de synthèse Samu-Urgences de France*, 16 septembre 2013, p. 5.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Jean-Claude Moïsdon et Dominique Tonneau notaient, dès 2008, qu'« *un établissement accueillant beaucoup d'urgences sera pénalisé, dans le nouveau mode de financement, par rapport à un établissement fonctionnant majoritairement sur un mode programmé, ce qui est la situation générale des cliniques privées.* »⁹⁵⁸ Or, le taux de passage aux urgences augmente chaque année et les lits d'aval sont de plus en plus difficiles à trouver, les professionnels des urgences se retrouvent pris entre le principe d'égalité d'accès aux soins et les exigences de rentabilité imposées par les autorités de tutelles. Quelles solutions sont à leur disposition pour désengorger leur service ? Samu-Urgences de France identifie quelques « fausses bonnes idées » parmi lesquelles la réorientation des patients vers d'autres établissements : « *à défaut de pouvoir trouver les places suffisantes au sein de l'hôpital, les urgences envoient une partie de leurs patients vers l'extérieur. Les autres hôpitaux publics et certaines cliniques privées jouent ainsi le rôle de soupape* »⁹⁵⁹. Le chef des urgences du groupe hospitalier universitaire Paris Nord-Val de Seine explique « *la gestion de l'aval, je ne l'ai réussie qu'avec les transferts dans d'autres établissements. Mais je trahis mes patients en les envoyant plus loin* »⁹⁶⁰. Paradoxalement, Samu-Urgences de France élargit cette idée de « trahison » à l'ensemble de l'établissement de santé, dans la mesure où lorsque le professionnel des urgences ne parvient pas à « monter » son patient en service d'hospitalisation, il prive l'établissement « *d'un financement indispensable (T2A)* »⁹⁶¹.

7.1.4. « La naissance du soin *low cost* »⁹⁶²

La recherche d'une meilleure rentabilité des établissements de santé français a, de l'avis de nombreux spécialistes, un impact négatif sur la qualité des soins dispensés⁹⁶³. Comme le note Philippe Chaniel, l'« efficacité » en matière de santé

⁹⁵⁸ Jean-Claude Moïsdon et Dominique Tonneau, « Le financement concurrentiel des hôpitaux », *op. cit.*

⁹⁵⁹ François Braun, Dominique Pateron, et Marc Giroud, « Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations », *op. cit.*, p. 4.

⁹⁶⁰ François Béguin, « A Bichat, on attend le départ des chefs de service pour caser les patients », *op. cit.*

⁹⁶¹ François Braun, Dominique Pateron, et Marc Giroud, « Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations », *op. cit.*

⁹⁶² Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 273.

⁹⁶³ « *La recherche de la productivité incite à la disparition des temps gratuits, sources de lien social avec le patient, et qui dorénavant ne sont plus considérés comme faisant partie du travail du soignant. Ce conflit sur la conception de la qualité du travail n'est pas seulement vécu comme un déni de reconnaissance, mais aussi comme une injonction à mal faire son métier comme le montre Belorgey dans le cas de certains services d'urgence où la logique productiviste peut obliger à renvoyer chez eux des patients qui reviennent avec une aggravation de leur pathologie. La promotion de la* PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

semble ne pas signifier la même chose ou, au moins, ne pas reposer sur les mêmes critères pour les autorités de tutelles et pour les soignants employés dans les services de soin : *« ce qui est frappant, c'est le fossé entre ces évaluations et pratiques gestionnaires et celles des soignants. Pour beaucoup d'entre eux, les nouvelles formes de gestion hospitalière non seulement ne seraient pas congruentes avec la qualité des soins, mais elles leur feraient obstacle. Car ce que les gestionnaires définissent comme « qualité de soin » ne recouvre guère ce que les soignants, en particulier les infirmières, désignent sous le même terme »*⁹⁶⁴.

Voyons tout d'abord ce qui concerne le patient. La comparaison entre établissements, rendue théoriquement possible par l'instauration de l'indice synthétique d'activité (le point ISA), a induit une logique de concurrence entre des unités de soins très hétérogènes (par la taille, le type d'activités, les publics habituels, etc.) dont les effets pervers sont nombreux. *« La production de classements conduit aussi à des déclassements et incite les acteurs à jouer l'indicateur et à accroître leur rang hiérarchique dans le palmarès. Cette stratégie produit de nombreux effets pervers : sélection des patients, renvoi prématuré en médecine de ville et pression sur la baisse des séjours, augmentation de l'intensité des actes techniques, induction de la demande (pour des soins non pertinents mais bien rémunérés) et manipulations du codage des actes. »*⁹⁶⁵ La réduction de la durée moyenne de séjour, objectif clairement imposé par les nouvelles réformes de financement, a certes pour effet d'accroître la productivité (en nombre d'actes) mais, pour contrepartie, d'augmenter le taux de réadmission des patients à trente jours. *« Les premières analyses des effets de la T2A font apparaître que la productivité des hôpitaux du secteur public s'est améliorée depuis 2004 alors que dans le secteur privé lucratif on a constaté une modification des activités réalisées. Par ailleurs, le taux de réadmission à trente jours pour les principales prises en charge cardio-vasculaires et en cancérologie aurait augmenté depuis*

culture de résultat oblige à rendre transparent ce qui ne peut l'être totalement tout comme la conversion systématique du problème des moyens en problème d'organisation sont vécus comme des attaques à ce qui fait la singularité et la fierté des soignants quand ils sont dépositaires des valeurs de solidarité et garants de l'équité dans l'accès aux soins. Ce sont précisément ces valeurs qui sont invitées à disparaître. » Philippe Batifoulier, « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *op. cit.*, p. 168.

⁹⁶⁴ Philippe Chaniel, « Le New Public Management est-il bon pour la santé? », *op. cit.*, p. 138. Voir également : Brigitte Dormont et Carine Milcent, « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés? Les enjeux de la convergence tarifaire », *op. cit.*

⁹⁶⁵ Philippe Batifoulier, « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue Française de Socio-Économie*, 1 décembre 2012, n° 10, n° 2, p. 165.

l'institution du nouveau mode de tarification. »⁹⁶⁶ Si la durée moyenne des séjours est globalement plus courte, le nombre de séjours hospitaliers est donc plus élevé. Pour Didier Tabuteau, « *la question des conséquences de la T2A sur la qualité des soins est ainsi expressément posée* ». Notons que la question de la rentabilité financière d'une telle stratégie, sur le long terme, doit également être posée, car la réadmission de patients dont l'état de santé s'est aggravé suite à une première prise en charge trop rapide entraîne des coûts supplémentaires.

Dans un deuxième temps, l'application des récentes réformes du nouveau management public a eu des effets indéniables en termes d'emplois. Pour François-Xavier Schweyer, « *la suppression des contrats à durée déterminée, le non remplacement des départs en retraite, l'incitation à des départs anticipés permettent dans un premier temps de gérer la paix sociale, mais provoquent une intensification du travail et le rappel fréquent des personnels.* »⁹⁶⁷ Le manque de personnels est une plainte des équipes et des encadrants entendue dans tous les services enquêtés sans exception. Dans les services d'urgences, cette plainte est particulièrement intense : les congés maladies non remplacés, les soignants en *burn out*, les équipes trop légères face aux flux de patients et le *turn-over* incessant fragilisent les personnels médicaux et paramédicaux en poste. Les professionnels rencontrés disent travailler dans de moins bonnes conditions, moins bien, en être moins satisfaits et perdre de vue l'aspect qualitatif de leur travail au profit de résultats chiffrés.

« Le système, en fait, on asphyxie un peu, on baisse progressivement le, les moyens disponibles. Tous les ans, on nous supprime du personnel euh voilà etc. Et puis bon, comme ça bricole et que ça tourne et que, de toutes façons, y'a pas mort d'hommes, c'est pas un problème ! Or, ok y'a pas mort mais, peut-être que, quand on a quatre-vingt cinq ans et qu'on est un petit peu Alzheimer débutant etc. et qu'on nous impose de passer vingt-quatre voire quarante-huit heures sur un brancard, ben peut-être que c'est pas humain, enfin c'est pas normal, sauf que, à la fin, les gens considèrent ça comme normal. Moi, je continue à dire que c'est pas normal. » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Alors, [au service social des urgences,] on est à 150 % pour l'instant, équivalent temps plein, soyons précis, donc ma collègue qui est à temps plein sur les urgences, et moi qui

⁹⁶⁶ Didier Tabuteau, *La Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, op. cit., p. 138. Même constat de la part d'Edouard Couty, conseiller Maître à la Cour des comptes : « *une étude de l'Irdes publiée en avril 2013 montre que, dans les hôpitaux publics, la production a augmenté de manière soutenue entre 2002 et 2009 et que leur productivité a également augmenté depuis l'introduction de la T2A. (...) Cette étude montre également une augmentation des taux de réadmission à trente jours.* » Edouard Couty, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient? », op. cit., p. 28.

⁹⁶⁷ François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché », op. cit., p. 731.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

suis à 50 % urgences, 50 % réanimation médicale et toxicologique. A mon départ du service, ce qui va être mis en place normalement, c'est un deuxième 100 %, c'est-à-dire que la personne qui viendra, moi, je récupérerai la réanimation médicale en retour de congé maternité, et elle restera en 100 % ici. Ça, c'est en prévision d'une augmentation d'une montée en charge à venir et qui est déjà en cours déjà depuis pas mal d'années sur les urgences, et pour pallier cette montée en charge de pouvoir rajouter 50 %, qui sera pas de trop. C'est-à-dire que je pense, à l'heure ac[tuelle], d'aujourd'hui, je fonctionne pas à 50 % en réanimation médicale, je fonctionne à 20, 30 % [en réanimation médicale], et 80, 70 % ici aux urgences. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

« Y'a eu beaucoup de départ au niveau du personnel, donc là on a commencé à sentir des tensions (...) parce que beaucoup de travail et que un moment ça devient difficile (...). On était vraiment en manque de personnel constant euh, du coup là, ça se ressentait vraiment au niveau de l'ambiance, on avait vraiment l'impression qu'on pouvait rien changer, dès qu'on voulait changer quelque chose c'était trop compliqué, on pouvait pas. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans leurs travaux sur « les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics », Hélène Chéronnet et Charles Gadéa soulignent qu' « *il revient aux cadres de gérer au quotidien les tensions provoquées par la réduction du temps de travail qui s'est accompagnée d'une recherche imposée de gain de productivité (...). Comment concilier cet impératif de productivité avec une activité essentiellement relationnelle où le professionnel ne peut aider l'utilisateur qu'à partir du moment où celui-ci le reconnaît capable de le faire ? Comment éviter que les professionnels soumis à cette contrainte aient le sentiment que leur travail est vidé de son sens et se réfugient dans la comptabilisation de leurs actes ?* »⁹⁶⁸ Et en effet, les professionnels de Samu-Urgences de France rapportent que « *[les soignants] "ne reconnaissent plus leur métier" dans ces situations si contraires aux idéaux d'humanité qui ont fondé leur vocation* »⁹⁶⁹. Philippe Chanial, pour sa part, met en exergue l'impossible comptabilisation de la partie qualitative, relationnelle du soin par les instruments mis en place par les réformes de nouveau management public et craint que « *la propension à tarifier, cette obsession pour la quantification, pour l'évaluation, appuyée sur un regard comptable désormais dominant sur la santé* » ne provoque une « *éventuelle "déshumanisation de la médecine", des pratiques et des institutions soignantes* »⁹⁷⁰. Selon cet auteur, « *alors que la notion de vocation*

⁹⁶⁸ Hélène Chéronnet et Charles Gadéa, « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics », *op. cit.*, p. 77.

⁹⁶⁹ François Braun, Dominique Pateron, et Marc Giroud, « Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations », *op. cit.*, p. 4.

⁹⁷⁰ Philippe Chanial, « Le New Public Management est-il bon pour la santé? », *op. cit.*, p. 138.

*défini une activité qui est en quelque sorte à elle-même sa propre fin et qui suppose à ce titre un pari de confiance quant à la capacité et à la volonté des soignants de déployer les moyens adaptés à leur tâche, l'impératif de résultat élimine cette dimension déontologique de l'action. L'acte de soin perd ainsi sa valeur intrinsèque, sa valeur qualitative, relationnelle (...) au profit de sa dimension strictement instrumentale. Sous ce regard comptable, ce sont désormais exclusivement les fins – les fins effectivement réalisées, objectivement mesurées – qui (pré) jugent de la qualité des moyens déployés, donc de la qualité même de l'agent. »*⁹⁷¹ Ce qu'il appelle « la part gratuite du soin » ou encore « la part d'inestimable dans la relation de soin », le relationnel, est effectivement une préoccupation récurrente des soignants rencontrés au cours des phases d'observation. Jugé essentiel d'un point de vue qualitatif, mais secondaire au regard des soins techniques, le relationnel tend à être réduit au minimum par manque de temps et de ressources⁹⁷².

« Mais après, pour faire du relationnel, il faut avoir le temps, ce qu'on a pas forcément quand on est en service. (...) Ça arrive qu'on s'en sorte, mais c'est rare, c'est rare parce qu'on passe pas plus de cinq minutes dans une chambre, après tu peux en profiter pendant que tu fais un pansement ou un truc comme ça mais quand tu fais un Perfalgan ou un médicament, franchement t'as pas le temps (...), t'as pas le temps. Entre tous les soins que tu as à faire, tu peux pas rester dans une chambre, t'asoir et discuter avec la dame quoi. »
Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Françoise Acker remarquait en 2005 que « *les normes professionnelles fortes qui conduisent à mettre en avant des tâches d'écoute et d'accompagnement des patients semblent bousculées par le temps disponible à consacrer à chacun des patients.* »⁹⁷³ Cette plainte se retrouve également chez les médecins, et plus particulièrement chez les internes en médecine qui posent un regard neuf, empreint des valeurs inculquées au cours de leur formation, sur la réalité du travail de soin dans le milieu hospitalier.

« Aux urgences, comme les gens ils sont flippés, ils disent encore moins ce qu'ils pensent souvent, parce qu'ils sont complètement terrorisés. En plus, nous, on est des docteurs, alors voilà, c'est sûr que c'est encore plus difficile, et puis on est pressés donc on laisse pas le temps aux gens de parler, alors ça par contre, c'est un truc hyper dur à gérer, c'est que c'est vrai que on est hyper pressés. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

⁹⁷¹ Philippe Chaniel, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? », *Revue du MAUSS*, 17 juin 2010, vol. 35, n° 1, p. 138.

⁹⁷² Voir à ce sujet Partie 1, en particulier chapitres 2, 3 et 4.

⁹⁷³ Françoise Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *op. cit.*, p. 178.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

La logique de rentabilité fait peser une pression forte sur les équipes soignantes. Une infirmière des urgences de l'Hôpital public L décrit le cercle vicieux de dépréciation du travail infirmier : manque de temps pour la partie qualitative de la prise en charge du patient, épuisement des équipes de soin, baisse de qualité du matériel médical.

« Nous, on donne le maximum de ce qu'on a, c'est vrai qu'on n'a pas toujours tous les éléments pour que les soins soient vraiment optimisés au maximum, les soins sont faits dans de très bonnes conditions mais, au niveau de l'accompagnement, c'est vrai qu'on reste très limité parfois... Parce qu'on a de plus en plus de patients, on a de moins en moins de temps, même le matériel n'est pas toujours adéquat, on nous a baissé les budgets, moi en deux ans, depuis que je suis arrivée, on nous a changé les cathéters qui sont de moins bonne qualité, on nous a changé les tubulures qui sont une catastrophe, voilà, c'est un peu, on a de moins en moins d'argent, de plus en plus de patients, euh les gens, quand les gens [les collègues] sont en arrêt [maladie], ils sont pas toujours remplacés, l'équipe part au fur et à mesure, les gens s'épuisent, ils en ont marre, donc voilà. » Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Le manque de temps et de moyens est également perçu comme un risque sur la qualité du travail réalisé par les assistantes sociales. Ingrid, assistante sociale aux urgences gynéco-obstétriques de l'Hôpital public L, dit craindre que les objectifs de rentabilité imposés aux établissements de santé ne finissent pas entraîner une « forme de maltraitance » envers les usagers.

« [Travailler comme assistante sociale à l'Hôpital L], ça me plaît mais, jusqu'au jour où je serai complètement insatisfaite du travail que je fais parce que j'ai pas le temps de le faire et que, nous, on travaille pas, on travaille avec des êtres humains, et moi j'ai pas envie d'entrer dans une forme de maltraitance parce que, ben oui, mais c'est ça le risque, le risque il est pas pour moi, moi je rentre chez moi, je pense pas aux [usagers]... Et heureusement ! Mais le risque il est pour les gens qu'on accompagne quoi, de se dire qu'à un moment donné, alors on fait avec les moyens qu'on a et ça, il faut être très clair avec les populations qu'on reçoit, mais y'a un moment donné où à se cloîtrer toujours dans la même chose, à faire toujours la même chose, est-ce qu'on va pas mettre tous ces gens-là dans le même panier et au final, le résultat qu'est-ce que ça va être ? » Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pour de nombreux auteurs, le système de financement par la T2A n'est pas adapté à l'activité essentielle des hôpitaux, à savoir le soin aux personnes. Tout d'abord, il ne rend pas compte de l'activité qui se déroule effectivement tous les jours dans les services hospitaliers. D'autre part, la multiplication des références de codage des actes médicaux ne semble pas efficace pour refléter cette activité. Edouard Couty souligne à ce sujet que « *le système actuel comporte 2300 tarifs différents, et rien ne montre que ce nombre n'augmente pas encore par souci de décrire plus précisément l'activité médicale, sans pour autant atteindre l'exhaustivité souhaitée. La tarification est ainsi illisible pour les professionnels et les usagers,*

sa maintenance est coûteuse et complexe, les risques d'erreur ou de fraude, source de défiance entre les acteurs, sont multipliés. On ignore les soins infirmiers et paramédicaux et toute la dimension relationnelle, si importante dans la prise en charge des maladies au long cours, alors qu'il serait utile de décrire les activités de soins non médicales. »⁹⁷⁴ D'autre part, le patient, c'est-à-dire le sujet principal autour duquel tourne toute l'activité de l'institution de santé, est absent du système, il n'est à aucun moment considéré en tant que tel. Pour Didier Tabuteau, « la T2A est impuissante à prendre en compte les singularités de chaque patient, comme l'isolement social ou les conditions de logement, qui peuvent être aussi déterminantes que la pathologie pour la durée et le coût du séjour hospitalier. Elle est également inadaptée aux prises en charge complexes particulièrement fréquentes dans les services de médecine »⁹⁷⁵. Ce qui pourrait expliquer l'inadéquation entre les objectifs visés (par exemple : une réduction de la durée moyenne de séjour) et les résultats concrets sur le terrain (par exemple : l'augmentation du taux de réadmission à trente jours). « Plus les patients sont examinés rapidement, plus ils risquent, toutes choses égales par ailleurs, de devoir revenir pour de nouveaux soins. Autrement dit, plus la productivité apparente s'accroît, plus la qualité des soins se dégrade. (...) Ainsi, en dépit du slogan consistant à "mettre le patient au centre du système de santé", les réformateurs se préoccupent de productivité plutôt que de qualité, d'efficience plutôt que d'efficacité, d'inciter les soignants à une plus grande productivité – de les « responsabiliser » – plutôt que d'examiner les effets de cette démarche sur les patients. »⁹⁷⁶

Si, comme le soutient François-Xavier Schweyer, « l'importation de méthodes du secteur privé (y compris les mauvaises idées disent certains) tient presque de la tradition »⁹⁷⁷, les dernières réformes du nouveau management public ont leurs

⁹⁷⁴ Edouard Couty, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient? », *op. cit.*, p. 32.

⁹⁷⁵ Didier Tabuteau, *La Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, *op. cit.*, p. 138.

⁹⁷⁶ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 304.

⁹⁷⁷ « Depuis un demi-siècle, l'hôpital public s'inspire des méthodes de l'entreprise. Le plan comptable de 1953 était directement issu de la comptabilité privée. Beaucoup de directeurs d'hôpital ont promu les méthodes d'organisation et de rationalisation du monde industriel y compris dans les services de soins. L'essor de l'hôpital public s'est fondé sur une alliance objective entre les « managers » et les médecins. Dans les années 1980, après l'instauration du budget global en vue de la maîtrise des dépenses, la notion d'hôpital entreprise a connu encore un certain succès et les années 1990 ont été celles de l'apprentissage du management par projet et de la démarche qualité. L'importation de méthodes du secteur privé (y compris les mauvaises idées disent certains) tient presque de la tradition. » in : François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché », *op. cit.*, p. 737.

spécificités qui expliquent les tensions actuelles dans les établissements de santé. *« D'une part, les réformes en cours sont perçues comme mettant en cause les valeurs mêmes de l'hôpital, dans la mesure où la recherche d'efficience pourrait porter atteinte à l'accès de tous aux soins. (...) D'autre part, plus que les réformes d'hier, la tarification à l'activité, la nouvelle gouvernance, les démarches de certification et la réorganisation territoriale de l'offre de soin qui sont les quatre chantiers d'aujourd'hui, transforment réellement et en profondeur l'organisation du travail. Le modèle traditionnel de spécialisation des services est inadapté pour répondre aux besoins d'une population vieillissante avec des polypathologies souvent chroniques. »*⁹⁷⁸

Comme le remarquent Hélène Chéronnet et Charles Gadéa, *« il n'est pas rare que les impératifs budgétaires obligent [les cadres de santé] à agir à l'encontre des valeurs professionnelles fondatrices, par exemple lorsqu'ils doivent accepter de procéder à des discriminations dans les populations à aider pour pouvoir préserver la santé financière de leurs structures. »*⁹⁷⁹ Parmi les effets pervers des réformes du nouveau management public mises en œuvre dans les hôpitaux, nous allons focaliser notre regard sur cet aspect particulier : la sélection des patients à prendre en charge. L'égalité de traitement à l'hôpital est-elle menacée par les réformes hospitalières mises en œuvre ces dernières années ? Peut-on dire, à la suite de Nicolas Belorgey, que *« ce système incite les producteurs de soins à une plus grande productivité, au risque d'une baisse de leur qualité ou de la sélection des malades au détriment des plus atypiques et des plus coûteux à traiter d'entre eux »*⁹⁸⁰ ? Les patients présumés roms font-ils partie de ces patients atypiques qui risquent de pâtir de la sélectivité instaurée à l'entrée des hôpitaux française ?

Pour les auteurs de l'ouvrage *Pourquoi Moi ? L'expérience des discriminations*, *« les institutions chargées de prendre en charge des personnes afin de les éduquer, de les soigner, de les juger ou de les punir, sont particulièrement exposées aux risques de discriminer en raison du pouvoir qu'elles ont sur des individus mis en situation de faiblesse. Mais cette puissance est contrebalancée par le fait que les institutions en appellent généralement à des principes universels et à des règles*

⁹⁷⁸ *Ibid.*

⁹⁷⁹ Hélène Chéronnet et Charles Gadéa, « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics », *op. cit.*, p. 77-78.

⁹⁸⁰ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 14.

rationnelles et objectives qui doivent préserver des risques de discriminer. »⁹⁸¹ A l'hôpital, les principes d'égalité d'accès aux soins et d'égalité de traitement jouent ce rôle de garde-fou. Répétés à l'envi, affichés dans les salles d'attente comme dans les locaux dédiés aux droits des usagers, enseignés aux étudiants, ils viennent théoriquement rééquilibrer une relation de soin, par nature, asymétrique. Mais les récentes réformes du nouveau management public ont augmenté les difficultés des soignants à mettre en œuvre concrètement le principe d'égalité d'accès aux soins dans leurs pratiques quotidiennes. L'hôpital devient progressivement producteur d'inégalités de santé et de discrimination raciale⁹⁸², au détriment parfois de la santé des patients. Le sort réservé aux patients identifiés comme roms révèle les « pratiques inhospitalières »⁹⁸³ mises en œuvre à l'égard des indésirables dans les établissements de santé modernes.

7.2. La sélection des patients, une atteinte à l'égalité d'accès aux soins

La loi du 31 décembre 1970⁹⁸⁴, en créant la notion de service public hospitalier, avait notamment pour ambition de garantir l'égalité d'accès aux soins. L'article 3 précise expressément que *« les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. (...) Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. »* Pourtant, en dépit de l'attachement affiché des personnels employés dans les établissements de santé au principe d'égalité dans le soin, quelques auteurs ont questionné la mise en œuvre concrète de ce principe au cours des années.

Dans un premier temps, ces travaux se sont focalisés sur la dimension sociale de l'inégalité d'accès aux soins à l'hôpital. Dans une enquête sociologique menée en 1973, Claudine Herzlich analyse la distinction opérée par les médecins entre les « malades du médecin », issus des milieux aisés, et les « malades de l'hôpital » *« isolés, sans contexte extérieur propre, sans liens familiaux ; n'exerçant pas une*

⁹⁸¹ François Dubet, Olivier Cousin, Eric Macé, et Sandrine Rui, *Pourquoi moi ?*, op. cit., p. 205.

⁹⁸² Dorothée Prud'homme et Christophe Bertossi, *La « diversité » à l'hôpital - identités sociales et discriminations raciales dans une institution française*, op. cit.

⁹⁸³ Didier Fassin, « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières », *La lettre de l'espace éthique*, Eté/automne 2000, n° 12, 13, 14, p. 27-28.

⁹⁸⁴ Voir : « Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. », op. cit.

PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

*activité socialement valorisée, de statut social inférieur ; n'étant pas "vraiment malade", ou étant porteur d'une maladie liée à son statut social inférieur (l'alcoolisme par exemple). La forme extrême en est le clochard, le SDF (sans domicile fixe) que l'on considère comme le "malade-type" de l'hôpital. »*⁹⁸⁵ Elle déduit, de cette représentation dichotomique des malades, une inégalité de traitement entre patients de statuts sociaux différents de la part des professionnels médicaux. *« Tout se passe comme si, bien que la sécurité assure l'accès de tous à l'hôpital dans des conditions identiques, l'on retrouvait dans l'institution actuelle les traces de l'ancienne distinction entre une médecine de riches, centrée sur la relation individuelle entre un médecin à haut statut professionnel et son client, et une médecine des pauvres, médecine publique et anonyme des grands nombres, abandonnée aux membres les moins prestigieux de la profession. »*⁹⁸⁶

Quelques années plus tard, Antoinette Chauvenet publie un ouvrage intitulé *Médecines aux choix, médecine de classes* soutenant une thèse similaire. Elle distingue trois types de filières de soin, cloisonnées et hiérarchisées, révélatrices de ce qu'elle qualifie de « médecine de classes » : une *médecine de prestige* à *haute technicité* au sein desquels les patients sont sélectionnés selon l'intérêt scientifique de leur pathologie et leur appartenance sociale ; une *médecine de masse* qui soigne des patients appartenant aux classes moyennes atteints de pathologies aiguës ; et enfin, une *filière d'abandon médical* « destinée aux catégories de populations "dont l'espérance de vie et de gains est sérieusement compromise". Autrement dit, les malades concernés sont des personnes âgées, sans ressources, des "cas sociaux", des accidentés du travail... »⁹⁸⁷ Elle en conclut que *« l'appareil sanitaire est productif d'inégalités devant l'accès à la santé. En outre, par-delà le champ de la médecine et de la santé proprement dite, il contribue, à travers une médicalisation et une naturalisation accélérée de l'approche des questions sociales à la production d'un classement social permanent de la population. »*⁹⁸⁸

Pour Pierre Aïach « les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un

⁹⁸⁵ Claudine Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *op. cit.*, p. 49.

⁹⁸⁶ *Ibid.*, p. 57.

⁹⁸⁷ Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé institutions, professions et maladies*, *op. cit.*, p. 22.

⁹⁸⁸ Antoinette Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, *op. cit.*, p. 237.

PRUD'HOMME Dorothee | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique »⁹⁸⁹. Or les inégalités sociales qui caractérisent la France des années 1980 ne sont plus seulement définies par des critères de fortune ou de classe sociale : le brutal durcissement de la politique migratoire en 1974 et les premiers succès électoraux du Front national y incorporent le critère de l'origine présumée. Une littérature consacrée à la santé des migrants en France⁹⁹⁰ voit alors le jour soulignant les obstacles auxquels ces patients sont confrontés en matière d'accès aux soins et d'inégalités de traitement⁹⁹¹. « *Les obstacles à l'accès et à la continuité des soins, qui reviennent le plus fréquemment lors des entretiens [avec des patients migrants], sont principalement liés à la méconnaissance des droits, à des difficultés administratives, à des barrières linguistiques et aux coûts des traitements, mais aussi à des discriminations [de la part des médecins] du fait de leur situation ou de leur statut.* »⁹⁹² Comme nous l'avons vu dans le cadre du chapitre précédent, la situation administrative de ces patients (bénéficiaires de la CMU ou de l'AME) est à l'origine de fréquents refus de soins de la part de médecins libéraux⁹⁹³. « *Les premières victimes [des pratiques racistes mettant en cause le droit à la santé], sont certes les étrangers en situation irrégulière, mais les représentations à l'endroit des immigrés, la logique du soupçon qui pèse quotidiennement font qu'aujourd'hui une part croissante des étrangers et des immigrés, et même, au-delà d'eux, des Français d'ascendance étrangère, sont*

⁹⁸⁹ Pierre Aïach, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Economica : Anthropos, 2010, p. 9.

⁹⁹⁰ Voir numéros spéciaux de revues, par exemple : « Santé, le traitement de la différence », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, n° 1225. « La santé des migrants », *La Santé de l'Homme - INPES*, novembre 2007, n° 392. « Santé et droits des étrangers: réalités et enjeux », *Hommes et Migrations*, novembre 2009, vol. 1282. « Expériences de la santé en migration », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2012, vol. 28, n° 2. Mais également : Jacqueline Patureau et Vincent-Pierre Comiti, « La santé des migrants en France: spécificités, dispositifs et politiques sanitaires », *Santé, Société et Solidarité*, 2005, vol. 4, n° 1, p. 129-137. Denis Mechali, « Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique », *Revue européenne des migrations internationales*, 1990, vol. 6, n° 3, p. 99-127. Pierre Lombrail, « A propos des liens entre santé et migration (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 1999, vol. 17, n° 4, p. 37-44.

⁹⁹¹ « Être en permanence en quête de ressources financières, ne pas avoir de titres de séjour, subir des discriminations au quotidien, sont des éléments qui peuvent rendre compte de comportements en matière de santé et de soins, bien mieux que toute essentialisation de la différence. Enfin, le culturalisme exonère celui qui y a recours de toute analyse de sa propre implication, ou de celle de son institution, dans la production de la différence. » Didier Fassin, « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *op. cit.*, p. 8.

⁹⁹² Marguerite Cognet, Christelle Hamel, et Muriel Moisy, « Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2012, vol. 28, n° 2, p. 24.

⁹⁹³ Nathalie Simonnot et Caroline Inrand, « L'Europe et les sans-papiers », *Hommes et Migrations*, 2009, vol. 1282, p. <http://hommesmigrations.revues.org/458> (consulté le 29/05/2013). Camille Desprès, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaires à Paris - Une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et dentistes parisiens*, IRDES, 2009.

*touchés par ces phénomènes. »*⁹⁹⁴ Le statut administratif, l'origine présumée sont alors identifiés comme des sources supplémentaires d'inégalité d'accès aux soins. Au cours des années suivantes, « *la racialisation de la société [française] devient une réalité publique* »⁹⁹⁵. En 2001, Didier Fassin introduit la notion de corps racialisé⁹⁹⁶ pour analyser les pratiques discriminatoires fondées sur la différence raciale présumée qui se sont multipliées dans les domaines de l'emploi, de l'éducation comme de la santé au cours des années 1990. Pour lui, « *le corps est devenu le site d'inscription des politiques d'immigration, définissant ce que nous pouvons appeler, en utilisant la terminologie Foucauldienne, une biopolitique de l'altérité.* » Six ans plus tard, Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché reprennent cette notion de « corps racialisé » pour décrire la « *menace au républicanisme de l'Etat et aux idéaux laïques* » que représentent les patients maliens aux yeux de certains professionnels hospitaliers français⁹⁹⁷. Les travaux relatifs aux processus de racialisation à l'hôpital se développent⁹⁹⁸ et, comme le souligne Laurence Kotobi, il devient évident que « *les soins, l'accompagnement, la direction ou la prise en charge d'un patient ne se font pas de façon uniforme au sein du système de santé français, et cela d'autant que le patient présente des caractéristiques marquant son origine étrangère (nationalité, couleur de peau, langue ou encore "faciès").* »⁹⁹⁹ Il est maintenant établi que les processus de racialisation sont susceptibles d'influer sur la qualité des soins prodigués à certains patients et de susciter des pratiques discriminatoires de la part des professionnels hospitaliers travaillant dans les institutions de santé françaises. Voyons maintenant, en amont, de quelle façon ces mêmes processus de racialisation impactent l'accès aux établissements de santé ou aux services d'hospitalisation de certains patients,

⁹⁹⁴ Marguerite Cognet, Christelle Hamel, et Muriel Moisy, « Santé des migrants en France », *op. cit.*, p. 26.

⁹⁹⁵ Didier Fassin, « The Biopolitics of Otherness », *op. cit.*, p. 6.

⁹⁹⁶ Didier Fassin, « The Biopolitics of Otherness », *op. cit.*

⁹⁹⁷ « *Malgré les idéaux républicains, les migrants africains sont susceptibles d'être classifiés en fonction de leur race ou de leur culture : en tant que patientes, les femmes africaines sont prises dans cette contradiction lorsque les praticiens biomédicaux passent de la construction du corps universel féminin à l'immigrée dénigrée, identifiée par la race.* » Carolyn Sargent et Stéphanie Larchanché, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *op. cit.*, p. 82.

⁹⁹⁸ Voir par exemple : Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *op. cit.* ; Laurence Kotobi, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *op. cit.* ; Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des «☐Africaines☐» en Île-de-France », *op. cit.* ; Estelle Carde, « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 décembre 2011, vol. 27, n° 3, p. 31-55. Thierry Nobre et Kevin Mac Gabahn, « La prise en compte des différences ethnoculturelles des patients à l'hôpital: une étude exploratoire en contexte français », *op. cit.*

⁹⁹⁹ Laurence Kotobi, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *op. cit.*, p. 62.

parmi lesquels les patients présumés roms. En d'autres termes, dans le contexte actuel d'un système de santé tiré vers des objectifs de rentabilité financière, les patients perçus comme roms ont-ils les mêmes chances que les autres patients d'accéder aux soins hospitaliers, ou bien leur identité présumée constitue-t-elle un obstacle discriminatoire dans l'accès aux soins de santé ?

7.2.1. La sélection des patients par les établissements

Dans son ouvrage consacré aux *Malades des urgences*, Jean Peneff se demandait déjà si les services d'urgences français allaient suivre l'exemple américain et « nettoyer les salles d'urgences des pauvres qui les encomrent ? »¹⁰⁰⁰. Dès 2000, il percevait « les projets de réformes qui se sont succédés ces dernières années » comme une menace pour les services d'urgences, en tant que porte d'entrée des plus pauvres à l'hôpital¹⁰⁰¹. Comme nous l'avons constaté précédemment, les usagers précaires constituent toujours le public majoritaire des urgences aux yeux des soignants qui y travaillent. Toutefois, les réformes du nouveau management public ont une incidence évidente sur l'accueil réservé à ces populations dans certains établissements. L'observation menée dans les services d'urgences de différents établissements de la région Ile-de-France et les témoignages des professionnels hospitaliers permettent de vérifier qu'« une des craintes essentielles liées à la T2A », à savoir « la sélection des patients par les établissements »¹⁰⁰² est fondée. Cette sélection des patients, en fonction de leur rentabilité présumée, prend deux formes essentielles :

- le refoulement des usagers jugés indésirables à leur arrivée aux urgences et leur réorientation vers un autre établissement sous divers prétextes ;

¹⁰⁰⁰ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 78.

¹⁰⁰¹ *Ibid.*

¹⁰⁰² Jean-Claude Moisdon et Dominique Tonneau, « Le financement concurrentiel des hôpitaux: menace ou avantage pour le service public? », *Politiques et management public*, 15 octobre 2008, vol. 26/1, p. 111-126. Voir également sur ce sujet : Carine Vassy, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », op. cit. Philippe Batifoulier, « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », op. cit. Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 14.

- et le refus d'accueillir ces usagers lors des procédures de transfert vers un autre établissement¹⁰⁰³.

Avant d'étudier comment se déroule concrètement la sélection des patients dans les services, attardons-nous un instant sur les critères retenus pour désigner les patients qui font l'objet de ces pratiques de refoulement. Les patients « non rentables » sont clairement ceux qui paraissent, aux yeux des soignants, ne pas disposer de ressources financières suffisantes pour s'acquitter de la facture hospitalière. Mais ce critère n'est paradoxalement pas celui qui est le plus souvent cité par les enquêtés. Les qualificatifs qui reviennent le plus souvent pour qualifier les patients victimes de refoulement à l'entrée d'un établissement de santé sont : « migrant », « sans-papier », « étranger », « SDF » et « en rupture d'hébergement ». Tous ces qualificatifs s'appliquent aux patients « roms » tels que dépeints par les débats publics et, bien souvent, par les enquêtés. De là à déduire que l'apparence et l'*hexis* corporelle des patients, et en particulier leur appartenance présumée à groupe comme celui des « Roms » par exemple, pourrait avoir une influence sur la façon dont ils seraient accueillis dans certains établissements, il n'y a qu'un pas, que certains professionnels rencontrés n'hésitent pas à franchir.

7.2.1.1. Le refoulement à l'entrée de l'établissement

Au sujet du phénomène de refoulement des patients perçus comme « moins rentables », la psychologue attachée au service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital Avicenne écrit en 2008 : « *il arrive même que parfois les hôpitaux des départements voisins se "déchargent" de leurs patients les plus lourds, les moins "rentables"* »¹⁰⁰⁴. La banalité de ce phénomène a pu être constatée à plusieurs reprises au cours de la phase d'observation dans les services d'urgences. A l'hôpital public G, les professionnels désignent l'établissement privé le plus proche comme coutumier du refoulement d'usagers étrangers sans ressources ou sans couverture sociale. Pour les enquêtés qui témoignent de ces pratiques, c'est le statut privé de cette institution qui l'autorise à refuser de prendre

¹⁰⁰³ Notons que la Charte de la personne hospitalisée précise qu'« *un établissement ne peut faire obstacle à ce libre choix que s'il n'a pas les moyens d'assurer une prise en charge appropriée à l'état du demandeur ou s'il ne dispose pas de la place disponible pour le recevoir.* » « La Charte de la personne hospitalisée », *op. cit.*

¹⁰⁰⁴ Marie-Christine Lebon, « Vulnérables », *op. cit.*, p. 67.

en charge les patients présumés « moins rentables ». La dimension publique de l'établissement pour lequel ils travaillent leur semble garantir que ces pratiques ne puissent avoir cours à l'Hôpital G.

« Je me dis qu'il faut qu'on se batte pour garder cette dimension-là, surtout cette dimension publique parce que, à [l'institution privée la plus proche], souvent tu verras des étrangers venir [ici] – je trouve ça scandaleux – avec une lettre [de l'institution privée] disant qu'il n'y a pas de place. Et, en fin de compte, si tu leur demandes [aux patients] "est-ce que vous avez une carte de sécurité sociale ?", "non". [L'institution privée les refusent] parce que ils n'ont pas d'argent. Et, en plus, ils n'ont même pas l'honnêteté de te dire ça, ils vont te marquer [qu'il n'y a pas de place]. Des gens qui ont fait des études ! C'est des directeurs, des penseurs et "y'a pas de place", "faute de place" et je trouve ça scandaleux ! » Lucie Tandraya, 44 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

Le motif officiel invoqué par cet établissement privé pour refuser ces usagers serait le manque de place, toutefois les soignants des urgences de l'hôpital G font le lien entre la précarité financière et administrative des patients concernés et le refoulement dont ils font l'objet. Et, en effet, lorsque l'hôtesse d'accueil des urgences de la Clinique privée E décrit le processus de refoulement qu'elle met régulièrement en œuvre à l'égard de patients précaires à la demande du coordinateur du service, le docteur Julien Pahn, les critères mis en avant sont le défaut de papier ou d'argent.

« Ici, avec les médecins, c'est très complexe : tu vas appeler [le médecin] et dire qu'il [le patient] n'a pas de papiers, pas d'argent, qu'il ne peut pas régler "qu'est-ce que je fais?", "dis-lui d'aller à [l'hôpital public le plus proche]", je dis "[d'accord] mais tu viens lui dire, moi je lui dis rien". Je dis [au patient] "asseyez-vous monsieur, le docteur va vous recevoir." Et je dis "[Julien,] le patient attend toujours", "oui mais attends, nous sommes dans le privé", "Oui mais si aujourd'hui tu fais ta B.A. [bonne action], c'est pas la fin du monde ! Tu peux quand même le voir, on te demande pas de l'hospitaliser ! Si ça nécessite une hospitalisation, on appelle une ambulance et on l'envoie à [l'hôpital public D], c'est tout, ça ne te coûte rien. S'il peut prendre les transports, il prend son courrier et il part à [l'hôpital D] mais viens lui [dire] ! Si tu veux pas le recevoir, dis-lui mais ne viens pas me [le] dire [à moi]". » Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

Le médecin craint de ne pas pouvoir obtenir le paiement de la consultation, l'hôtesse d'accueil l'exhorte alors à faire « une bonne action » en le recevant gratuitement, quitte à ne pas hospitaliser le patient dans l'établissement, ce qui constituerait un risque financier, non pour le médecin mais pour la Clinique cette fois. Le processus de refoulement vers un établissement public voisin est ici parfaitement assumé par ces salariés de la Clinique privée E. Au contraire, la cadre du service de réanimation de l'Hôpital public G souligne qu'un établissement public ne peut pas refuser les patients sans carte Vitale, même si le coût de leur prise en charge devra finalement être assumé par l'hôpital.

« L'hôpital public a pour règle d'accueillir tous les patients quels que soient leur âge, leur sexe, leur machin. Leur prise en charge, on s'en fiche donc forcément on accueille tout le monde. Donc forcément, [l'institution privée la plus proche], ils n'accueillent pas tout le monde, ils vous demandent votre carte Vitale. Vous ne l'avez pas ? Ils vous disent d'aller à l'hôpital [public G]. Nous, on peut pas [refuser les patients sans carte Vitale], on est un hôpital public, on prend tout le monde. Après, les gens, vous leur dites "vous n'avez pas de mutuelle, vous n'avez pas de sécu, ça fait 2 500 euros le prix de journée". Ils vous rient au nez ! 2 500 euros comment voulez-vous qu'ils paient ? Ils ne paient jamais ! Ils ne peuvent pas payer, de toute façon, Comment payer les choses quand on n'a pas de moyens? Soit on arrive à faire une prise en charge CMU machin, soit on n'y arrive pas et ça passe dans les pertes pour l'hôpital, par exemple, tous les gens qui arrivent de l'étranger. » Dominique Trzepizur, 48 ans, cadre infirmier, service de réanimation, Hôpital public G.

La clinique privée la plus proche est identifiée par les professionnels de l'Hôpital public G comme la principale responsable de ces pratiques de refoulement. Pourtant, l'observation a permis de vérifier que certains établissements publics pouvaient également se rendre coupables d'une telle sélection des patients (d'une façon plus indirecte toutefois). Ainsi, un matin de février 2010, un groupe de cinq personnes – deux femmes, un homme et deux enfants – se présente à l'accueil des urgences générales de l'hôpital public G. L'hôtesse d'accueil précise immédiatement à notre intention « tiens, tu vois, eux, ce sont des Gens du voyage ». Ils se plaignent de malaises, constipation, éruption cutanée et l'hôtesse d'accueil estime que les enfants ont le « teint gris ». Ils expliquent alors qu'ils étaient aux urgences de [l'hôpital public M] la veille, où « on leur a diagnostiqué la grippe, donné deux [comprimés de] Doliprane et on les a renvoyés chez eux ». L'hôtesse d'accueil des urgences de l'Hôpital G est scandalisée : « y'en a [des soignants] qu'en ont rien à foutre, ils veulent juste s'en débarrasser ». Elle estime que « c'est parce qu'ils sont Roms qu'ils ont été ignorés ». Mais, d'après elle, ce ne serait pas spécifique à [l'Hôpital public M] : la même chose aurait pu arriver à ces patients s'ils étaient tombés sur une de ses collègues, également hôtesse d'accueil aux urgences de l'Hôpital public G, « parce qu'elle est raciste ».¹⁰⁰⁵

Pour le professeur Legrand, ces pratiques de renvoi des patients précaires vers un autre établissement sont courantes et, selon lui, l'hôpital public A reçoit fréquemment des patients refoulés par les hôpitaux des alentours du fait qu'ils sont perçus comme migrants.

« Y'a un problème de personnes, y'a un problème un peu de philosophie mais, je pense pas, parce que les directeurs d'hôpital savent bien qu'ils ont une obligation légale, ils peuvent

¹⁰⁰⁵ Carnet n°2, Hôpital public G, service d'urgences, 12.02.2010.

pas s'occuper de tout le monde, alors évidemment ils préféreraient certainement que ce soit l'hôpital d'à côté qui s'occupe des migrants, ça, ça c'est vrai qu'il y a des directions d'hôpital qui organisent le refoulement des patients migrants et de façon très concrète vers les autres hôpitaux, ça, c'est clair. » Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

De même, la cadre des urgences de l'Hôpital public L rapporte la situation d'un patient malien accueilli dans le service après avoir été renvoyé de l'Hôpital public P pour cause de défaut de couverture sociale. Il se présente pour être dialysé en urgence mais l'établissement n'a pas de service de néphrologie. La cadre des urgences prend alors contact avec le service néphrologie de l'Hôpital P d'où il a été renvoyé. L'aspect financier (« il en a pour 100 000 euros déjà ») est présenté, par son interlocuteur, comme le critère essentiel sur lequel repose la décision de refoulement de ce patient. Pour la cadre des urgences de l'Hôpital L, il s'agit d'un cas de non-assistance à personne en danger, aggravé par le fait que l'Hôpital P est un établissement public.

« Y'a pas très longtemps, là c'est un patient qui venait du Mali. [L'hôpital public P] lui a posé une fistule pour le dialyser en novembre, et en fait, il a pas de sécu, puis il a pas dû faire les démarches pour l'AME, voilà, et donc, en fait ils ont refusé sa dialyse pendant une semaine. Donc il est arrivé là, et [le docteur Dupetit, médecin généraliste dans le même service] me dit "tu te rends compte ?", mais je dis "appelle le médecin parce que, lui, le patient, il te dit ça que ça fait euh trois dialyses dans la, trois dialyses", sachant qu'il aurait pu en mourir quoi, mais je dis "si ça se trouve, il a tout cassé là-bas ou il a insulté le médecin, il veut plus le voir quoi" (...) ou c'est un chieur quoi ! Et ben non, c'était vraiment ça, "ben non, il a pas de sécu, il nous mène en bateau, il en a pour 100 000 euros déjà, c'est bon, on gère pas quoi" (...). Donc on a dit "mais si t'arrives à 8,8, 8,8 de potassium, il est mort quoi", donc du coup, du coup ce qu'on a fait c'est euh, j'ai appelé la direction, ici, en disant "c'est pas possible, il est là déjà, nous, on a pas de néphro[logie]", parce qu'ils nous avaient dit "ouais, mettez-le à [l'hôpital public le plus proche]". Mais c'est inadmissible quoi, si on, on choisit le service public, eh ben voilà quoi. Et, et du coup, après on s'est arrangé avec les urgences de [l'hôpital public P], ils l'ont repris. Et du coup, on a appelé les directions et on aurait dû faire un Osiris [procédure de signalement d'un incident], on l'a pas fait mais on voulait faire, tu vois, y'avait non-assistance à personne en danger, mais on en arrive là hein, on en arrive là ! » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Les professionnels du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital public L dénoncent les faux prétextes utilisés par les soignants des établissements situés à proximité pour leur envoyer les patients qu'ils ne souhaitent pas prendre en charge. Par exemple, un interne de médecine générale en stage aux urgences gynéco-obstétriques raconte avoir reçu la veille un « couple de Roms » adressé par [l'Hôpital public S] pour une échographie. L'interne souligne que ce cas ne présentait aucune spécificité : « douleurs abdominales et douleurs mammaires, une grossesse quoi ! » mais « ils ne parlaient pas un français parfait, loin de là ! Et

aucun suivi ». Il pense que « [l'hôpital public S] s'en débarrasse » pour que le suivi et l'accouchement, susceptibles d'être compliqués et d'entraîner des frais conséquents, aient lieu à l'Hôpital L¹⁰⁰⁶.

Une aide-soignante chargée de l'accueil du service témoigne des mêmes prétextes fallacieux : les patientes présumées roms, sans-papiers ou détentrices d'un passeport étranger seraient « poussées » par l'Hôpital public B voisin vers l'Hôpital L, au motif que ce dernier serait spécialisé dans le traitement des fausses couches par exemple.

« Généralement, les Roms qui viennent [ici] (...), y'a [l'hôpital public B] qui, enfin qui essaye de nous les pousser, alors que normalement c'est eux qui doivent les recevoir, toutes les grossesses non suivies, mais non, mais généralement elles sont... Parce que, eux, ils ont une politique différente de la nôtre, c'est que, bon, les sans-papiers, ça les intéresse pas (...). Y'a plein de choses qu'ils nous amènent, comme ils disent aux dames de venir à [l'hôpital public L], des fausses couches hémorragiques, enfin des fausses couches, de venir à [l'hôpital L] parce qu'on est spécialisé dans ça. C'est des patientes qui nous le disent, mais une fausse couche, c'est une fausse couche, ça peut être vu n'importe où (...). Alors, c'est souvent des dames qui n'ont pas de papiers, ou des dames qui ont des passeports étrangers. On a déjà eu, on a déjà prévenu les cadres de ce souci-là et (...) [une collègue] avait contacté les cadres en disant "mais c'est inadmissible, on a tous les gens qui habitent [à côté], en face de [l'hôpital public B], (...) ben non, ils viennent ici, mais pourquoi ?", ben voilà, les patientes nous disaient "nous, on est allé à [l'hôpital B] mais ils disent que à [l'hôpital L] vous êtes spécialisés dans ça, dans ça, dans ça", et puis on fait le compte et on dit "ben non" (*rires*). Et j'ai vu avec des assistantes sociales qui m'ont dit "[l'hôpital B] normalement devrait recevoir toutes les ruptures d'hébergement et tout, et puis ils le font pas, c'est chez nous que toutes les dames viennent", voilà (...). Donc, on a ces petites patientes roms là qui viennent, quand on a réussi à savoir pourquoi elles viennent, bon bah on les prend en charge. » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

La psychologue attachée au service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital Avicenne situé à Bobigny décrit ce processus de « spécialisation » de certains établissements. Avicenne est ainsi perçu comme un établissement spécialisé dans la prise en charge des migrants : « *certaines, Avicenne est reconnu pour sa compétence [médicale], mais souvent d'autres hôpitaux y dirigent des malades du seul fait que se sont des migrants, plutôt que de se former eux-mêmes à l'accueil de ces patients.* »¹⁰⁰⁷ A force d'être refoulés et réorientés vers d'autres établissements, les patients participent à cette « spécialisation » des hôpitaux. Selon les enquêtés, les patients sans-papiers ou SDF se « sentent en sécurité » à

¹⁰⁰⁶ Carnet n°8, Hôpital public L, service de gynéco-obstétrique, 25.05.2012.

¹⁰⁰⁷ Marie-Christine Lebon, « Vulnérables », *op. cit.*, p. 67.

l'Hôpital public L, ils s'adressent donc plus facilement à cet établissement qu'aux autres, le transformant en « cour des miracles ».

« Et je pense aussi que, une fois qu'ils sont connus, même s'ils ont des histoires, ils préfèrent venir là (...) [même] s'ils ont des histoires de papiers, ils ont vu l'assistante sociale, ils se sentent plus en sécurité, ils iront pas à [l'Hôpital public B], ah non, non ! Ils ont des hôpitaux stratégiques, [l'Hôpital public L] oui, [l'Hôpital public L] est reconnu pour prendre, et c'est vrai, c'est vrai, oui, pour prendre soin d'eux, des plus défavorisés. » Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Y'a une dame qui est venue une fois, c'était y'a quinze jours je crois, avec 39,8 de température, elle vient à pied, il pleut, euh bah n'empêche, elle est en réa[nimation] médicale. Elle est SDF, ben ouais, elle est SDF, et alors ? Enfin, je veux dire, on peut quand même la prendre en charge, donc ouais, y'a des fois c'est révoltant ce qu'on peut voir. Donc, oui, ben ça me fait plaisir d'accueillir et puis de dire "bah oui, on va vous prendre en charge malgré tout". L'hôpital des pauvres, c'est ici ! » Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

« Ici, c'est vraiment la cour des miracles, je vous assure ! » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Comme le note Alexandra Nacu, « *certaines établissements pratiquent (...) une politique de sélection plus active qui ne s'avoue pas toujours : celle-ci se traduit par des pratiques de guichet inadaptées aux situations spécifiques des groupes qui sont considérés comme non-observants (par exemple les femmes roms provenant d'Europe de l'Est). Cela peut passer par le fait de proposer un premier rendez-vous très éloigné dans le temps, ce qui conduit de fait à l'abandon des soins par la patiente potentielle. La difficulté de prendre en compte les patientes sans couverture sociale conduit les établissements à émettre des factures pour ces patientes ou à mettre en place des systèmes plus ou moins complexes de sas en faisant précéder chaque consultation par un passage au service social, dispositif en vigueur dans l'hôpital C. Nombre de femmes, notamment les plus précaires et les plus récemment arrivées en France, peinent à s'orienter dans ce système complexe et renoncent aux consultations de suivi de grossesse.* »¹⁰⁰⁸ Les refus de soins prennent souvent la forme d'une date de consultation excessivement tardive et se transforment en non-recours aux soins de la part des patients discriminés¹⁰⁰⁹.

¹⁰⁰⁸ Alexandra Nacu, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *op. cit.*, p. 113.

¹⁰⁰⁹ « Depuis leur expérience malheureuse de refus de droits ayant entraîné un sentiment de discrimination, de nombreux enquêtés ne cherchent même plus à obtenir le service ou l'aide en question (28,6 %), certains hésitent à s'adresser à l'organisme pour d'autres demandes (10,7 %) et autant ne s'occupent carrément plus de leurs droits. » in : Philippe Warin, Catherine Chauveaud, Sophie Lourgant, et Nadine Mandran, Refus de droits et traitements injustes. Analyse des biographies, caractéristiques sociales et réactions des personnes discriminées, Programme de recherche MIRE-DREES / MAR-DARES, 2006, p. 27.

Julia Montiverdi, interne de médecine générale, rapporte le délai de quatre mois imposé à une famille qu'elle identifie comme « Gens du voyage » pour la vaccination de leur enfant. L'interne exprime une colère très vive à l'encontre des professionnels qui ont pris cette décision dangereuse pour l'enfant. Elle dit comprendre l'insistance, souvent reprochée aux usagers identifiés comme roms, devant une telle discrimination indirecte.

« Là, y'avait une famille de Gens du voyage – je mélange à chaque fois les Français et les Roms, je suis désolée mais c'est ce que tout le monde fait mais... – pas de suivi parce que leur CMU n'était pas renouvelée, donc y'a un bébé qui naît, ils perdent leur CMU parce que... pour X raisons, parce qu'ils ont déménagé ou je sais pas quoi, la PMI leur donne un rendez-vous dans quatre mois quoi ! Pour un bébé qui doit avoir ses vaccinations, qui doit être suivi, faut faire les trucs de tout-bébé, c'est important, c'est quand même un truc... Moi, à un moment je me dis "mais ils ont pas de conscience ces gens !" Enfin c'est juste, voilà si t'es capable de dire à un bébé qui vient de naître "reviens dans quatre mois" en France, avec des gens qui ont en plus des conditions de vie compliquées, enfin c'est juste, c'est juste que t'es un connard, je m'en fous de ce que, eux, ils te renvoient comme, donc [les Roms] ils ont raison sur certains trucs, c'est-à-dire que, leur comportement aussi d'insister, etc. » Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

La première forme de sélection des patients consiste donc en un refoulement et une réorientation des patients identifiés comme non « rentables » vers des établissements voisins. Voyons maintenant en quoi consiste la deuxième forme de sélection : les refus de transfert.

7.2.1.2. Les refus de transfert

La deuxième forme de sélection des patients intervient après leur admission à l'hôpital (en général par les urgences), lorsque les professionnels cherchent à faire hospitaliser certains patients dans un service extérieur à l'établissement. Les enquêtés rapportent, par exemple, qu'il est beaucoup plus difficile d'obtenir une place en soins de suite pour un patient identifié comme rom que pour un usager « comme nous ». La discrimination indirecte à l'encontre de ces patients est indéniable pour les professionnels de santé qui doivent déployer plus d'énergie pour que ces patients obtiennent le même accès aux soins que les autres.

« Nous, on serait hospitalisé, le lendemain, on téléphone à une clinique, on est pris [en soins de suite] quoi. Je veux dire, on dira "super, vous nous l'envoyez" quoi. Eux [les Roms], c'est, c'est "non", enfin c'est, il faut que ce soit que du service public. Donc, transférer dans les autres hôpitaux, ils ont leurs urgences, enfin tu vois, c'est tout... C'est très, oui, ça demande plus d'énergie, pour obtenir le même, pour qu'ils aient le même accès aux soins que un patient classique. » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

La précarité sociale, financière et/ou administrative réduit considérablement les possibilités de transfert. Si les professionnels interrogés peuvent parfois excuser les établissements publics qui, ayant leur propre service d'urgences, doivent gérer des flux tout aussi importants de patients, ils sont moins compréhensifs envers les établissements privés qu'ils accusent de refuser systématiquement les patients les plus précaires, dont les « Roms ». Un médecin des urgences de l'Hôpital public L ne considère même pas le transfert dans un établissement privé comme une option possible.

« Enfin, sur le plan médical, ça me pose aucun souci qu'ils [les patients roms] n'aient pas de papiers. Le seul souci que ça peut poser éventuellement, c'est si y'a pas de place sur l'hôpital pour les prendre en charge. Notamment pour des pathologies chirurgicales, on va être amené à les transférer. Quand ils ont pas de papiers, les choix pour un potentiel transfert sont assez limités, puisqu'on peut pas les envoyer en clinique. » Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Les témoignages des professionnels travaillant dans le privé viennent corroborer la vision d'une médecine conditionnée par la solvabilité potentielle des patients admis. Martine Renaud est cadre infirmier dans le service de soins de suite et de rééducation de la Clinique E. Elle reçoit quotidiennement, par fax, une dizaine de demandes d'admission en moyenne. Les cadres de différents établissements alentours soumettent la candidature de patients jusqu'à présent pris en charge dans leur service et en recherche d'une place en soins de suite. A midi chaque jour, elle réunit dans son bureau le chef du service et deux médecins pour examiner les dossiers de ces patients. Comme nous avons pu nous en rendre compte lors de notre participation à ces réunions, plusieurs critères sont pris en compte : les médecins étudient la « valeur biomédicale » potentielle du patient¹⁰¹⁰. Madame Renaud défend ses équipes paramédicales en focalisant son attention sur le niveau de dépendance du patient et la charge de soins à prodiguer. Mais un critère est incontournable pour tous les acteurs en présence : le coût financier de la prise en charge. Elle explique que la sélection des patients admis dans le service n'est pas seulement une question de soins mais également de gestion d'établissement. On comprend dès lors que les dossiers des patients sans ressources soient rapidement écartés.

¹⁰¹⁰ Agnès Camus et Nicolas Dodier, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *op. cit.*, p. 737.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

« Quand j'explique à un établissement public que je ne peux pas prendre leur patient parce que son traitement coûte trop cher, que, quand je les renverrai chez eux, (...) [le coût] ça sera imputé à moi [au service de SSR] parce que y'a pas de laps de temps assez long pour couper le séjour. Ils ne comprennent pas "mais moi j'en ai rien à foutre de ce que vous me dites, c'est pas une question de fric", "oui mais moi je suis obligée de rentrer dans les questions de fric, même si ça ne fait pas partie de mon job." Je regarde le dossier, scanner pas scanner, et on en est toujours là. Je ne pense pas qu'en [hôpital] public ou à l'AP[-HP], on se pose des questions. On se dit que tel patient a besoin de tel examen, on lui fait, il a besoin de tel traitement même si ça coûte la peau des fesses, on lui commande. Là, pour notre dame qui n'a pas de [traitement,] on lui a demandé de l'acheter à l'extérieur parce qu'ici c'est trop cher et on ne va pas lui fournir. (...) Là, on n'est plus dans le soin mais dans la gestion d'établissement où il faut compter non seulement le bien-être du patient mais pas trop cher. Parce que ça coûte, il faut faire attention. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

Martine Renaud suppose que les établissements publics ne sont pas soumis aux mêmes règles d'économies et aux mêmes objectifs de rentabilité que les établissements privés. Elle présente la logique mercantile qui gouverne sa pratique professionnelle comme une évidence. Le bien-être du patient est conditionné aux coûts potentiellement induits par sa prise en charge pour la clinique. Dans ce contexte, elle explique avoir la chance de pouvoir choisir les patients hospitalisés dans le service qu'elle dirige et, par conséquent, de pouvoir refuser les familles présumées roms habituées de l'établissement.

« On a la chance de choisir nos patients. On nous a proposé plusieurs fois les familles [Roms X ou Y], on les connaît, on les refuse (...) parce que c'est pas possible (...). On a cette chance de pouvoir ne pas prendre ces patients-là. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

Certains établissements sélectionnent ainsi leur patientèle en refoulant les usagers indésirables du fait de leur précarité financière ou administrative présumée, soit au moment de leur entrée aux urgences, soit au moment de leur transfert. Les patients présumés roms font notamment les frais de cette forme de sélection des usagers à l'hôpital. Mais cette sélection des patients n'est pas le seul fait de certains établissements, des techniques de tri identiques existent également à l'entrée des services hospitaliers au sein d'un même établissement : les difficultés relatives aux lits d'aval, en particulier, ne concernent pas tous les patients de la même façon. De nouveau, les patients identifiés comme roms subissent durement cette forme de discrimination indirecte dans l'accès aux soins.

7.2.2. La sélection à l'entrée des services d'hospitalisation

Nous avons vu de quelle façon les réformes du nouveau management public provoquaient indirectement une raréfaction des lits d'aval disponibles pour les patients entrés à l'hôpital par les urgences. A l'instar d'Agnès Camus et de Nicolas Dodier, nous constatons que les places d'hospitalisation font alors l'objet d'une négociation, entre les urgences et les services d'hospitalisation concernés, dont le critère principal est la « valeur mobilisatrice » présumée du patient, constituée de la charge de soin, de la valeur budgétaire et du potentiel d'inédit de sa pathologie¹⁰¹¹. Or, le profil des patients qui entrent à l'hôpital par les urgences est rarement jugé attrayant par ces professionnels employés dans les services d'hospitalisation. Tout d'abord, ils sont bien souvent précaires et polypathologiques, ce qui laisse supposer une lourde charge de soins et une durée de séjour allongée. « *Plus les services anticipent chez les patients une charge de soins importante, plus ils manifestent des réticences au moment du placement* »¹⁰¹². D'autre part, les patients des urgences ont souvent des difficultés sociales, ce qui d'après Agnès Camus et Nicolas Dodier¹⁰¹³ réduit leur valeur mobilisatrice. Analyse confirmée par Carine Vassy: « *quand le malade n'est pas assuré social, il est plus difficile pour le personnel des urgences de lui obtenir une hospitalisation car cela retentit négativement sur les indicateurs de gestion du service qui l'accueille. S'il existe des textes réglementaires qui rappellent l'obligation de donner des soins, les hôpitaux subissent aussi des pressions de leur administration de tutelle pour qu'ils restent à l'intérieur des limites de leur budget.* »¹⁰¹⁴ Enfin, ces patients présentent rarement des pathologies susceptibles de faire avancer la recherche clinique. Aux yeux des médecins travaillant dans les services d'hospitalisation, « *sont de peu d'intérêt (...) les problèmes qui, dans la spécialité, relèvent de la routine, et qui donc, typiquement n'apportent pas non plus de*

¹⁰¹¹ Agnès Camus et Nicolas Dodier, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *op. cit.*

¹⁰¹² *Ibid.*, p. 742.

¹⁰¹³ *Ibid.*, p. 746. « *Lorsqu'un patient n'est pas pris en charge [par la Sécurité sociale], les frais de soins incombent au service, à moins qu'une démarche ne soit engagée pour faire bénéficier le patient d'une aide médicale hospitalière.* »

¹⁰¹⁴ Carine Vassy, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *op. cit.*, p. 72.

compétences nouvelles »¹⁰¹⁵. Les patients « habituels »¹⁰¹⁶ des urgences ne présentent donc pas *a priori* une valeur mobilisatrice très forte pour les professionnels travaillant dans les services d'hospitalisation¹⁰¹⁷.

La logique d'hospitalité qui gouverne les urgences devient alors un fardeau financier pour l'établissement dans son ensemble. « *Certaines caractéristiques des patients admis aux urgences par hospitalité se transforment ensuite en handicaps vis-à-vis d'autres patients dès qu'il s'agit de les hospitaliser : allongement anticipé du temps d'hospitalisation pour des personnes démunies, et donc sans ressources pour se réinsérer hors de l'hôpital ; réputation d'un manque de discipline de la part des toxicomanes ; poids budgétaire, pour le service, de patients sans prise en charge par la sécurité sociale ; patients dont le problème médical relève plutôt de la médecine de ville et qui ne déclenchent aucun intérêt pour des médecins à l'affût d'inédits biomédicaux.* »¹⁰¹⁸ Les mêmes motifs de démobilisation des soignants se retrouvent dans les services enquêtés :

« Tout le monde est d'accord pour dire que la porte d'entrée principale pour l'hôpital, c'est les urgences. 45 000 patients ; et si on compte la pédiatrie et la gynéco, on monte à 95 000. Donc, partant de ce constat, ils se disent que, pour les urgences médicales et chir[rurgicales], depuis un certain nombre d'années, il faut mettre en place des lits, pour que les patients puissent être pris en charge. Donc, on passe notre temps, enfin, c'est surtout les cadres qui passent leur temps, tous les jours, parfois plusieurs fois par jour, à essayer de voir comment est le turn-over des services. Alors, il y a des services qui ont un turn-over rapide, il y a des services qui ont un turn-over plus long. Alors ça s'explique : la première chose, c'est le patient lui-même, qui par sa condition va plomber la durée de séjour parce qu'il est vieux, dépendant, il est pas facile à remettre dans le réseau en dehors de l'hôpital, il a pas un "chez lui", il a des problèmes sociaux, même chez les patients jeunes, ça c'est quelque chose d'important. On peut pas nier que, à l'hôpital [public G], c'est quelque chose d'important. Et puis, il y a le turn-over du service en lui-même : comment est-ce qu'ils sont organisés ? Comment est-ce qu'ils sont dynamiques pour faire ce turn-over ? » Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

¹⁰¹⁵ Agnès Camus et Nicolas Dodier, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *op. cit.*, p. 747.

¹⁰¹⁶ Voir chapitre 6, pp.425-446.

¹⁰¹⁷ En 1992, Jean Peneff notait à ce sujet : « *L'affectation d'un lit pour un malade des urgences est difficile à obtenir à certains moments ou pour certaines pathologies. En fin de journée, quand les services sont pleins ou qu'ils prévoient d'être saturés en fonction des malades prévus, ils se désistent, prétextant leur clientèle attendue. Le malade type des urgences (35 % sont des alcooliques ou "imprégnés d'alcoolisme", taux moyen des malades de l'hospitalisation publique en France) n'est guère intéressant pour les services de médecine générale (gastro-entérologie, neurologie). (...) Certains services internes ont affiché aux lits-porte une liste noire (de semi-clochards), c'est-à-dire les individus que les services ne recevront en aucun cas sous le prétexte : "refuse le contact avec la médecine et ne veut pas suivre le traitement prescrit".* » Jean Peneff, *L'hôpital en urgence*, *op. cit.*, p. 123.

¹⁰¹⁸ Agnès Camus et Nicolas Dodier, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *op. cit.*, p. 751.

Pour Jean Peneff, « être efficace, c'est passer un client difficile à quelqu'un d'autre, en médecine, comme dans bien d'autres professions »¹⁰¹⁹. Pour « monter » un patient dont la valeur mobilisatrice est faible, chacun sa technique. « L'infirmière au téléphone tente d'influencer la décision d'acceptation (dans les moments où il y a peu de places, c'est-à-dire le soir) en cachant soit la pathologie difficile, soit le caractère grincheux d'un malade déjà connu. Elle sous-déclare la gravité, les aspects déplaisants, fait valoir l'intérêt médical et présente le sujet comme gentil, coopératif, bref méritant l'admission. »¹⁰²⁰. Le docteur Dupetit, jeune médecin des urgences de l'Hôpital public L dit, quant à elle, se servir de ses relations personnelles dans les étages pour « placer » ses patients en hospitalisation dans leur service.

« C'est intéressant parce que, quand tu, normalement quand tu es censé avoir bien fait ton travail, tu ne devrais pas négocier, ça devrait être juste de la proposition et accepté par tout le monde, sauf par celui qu'a pas de lit et qui dit "ben écoute, effectivement, je suis désolé j'ai pas de place mais", donc à ce moment-là tu dis "ben très bien, ok, t'as pas de place, ben moi je vais chercher un lit ailleurs". Mais ça devrait pas être difficile, mais c'est vrai que, des fois, c'est difficile. (...) Des fois, c'est un peu compliqué. Moi, j'ai pas énormément de problèmes, je pense, mais parce que je connais vachement de gens dans l'hôpital, personnellement, enfin personnellement parce que j'y suis passée en tant que interne, ou que je fais encore des restos avec certains médecins des étages, donc euh, c'est plus simple, j'ai l'impression, moi, des fois. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Toutefois, « vendre » certains patients sans ressources financières, sans couverture sociale ou sans soutien familial demeure un exercice difficile¹⁰²¹. Les médecins des urgences de l'Hôpital public L, dont les unités d'hospitalisation d'urgences (UHU) sont perpétuellement submergées par la présence de patients précaires, sont habitués aux refus d'hospitalisation de la part des autres services.

« Quand tu présentes les malades et qu'on te dit "ah mais il a pas de sécu, ah mais machin", "oui, mais c'est quand même notre mission de service public de s'en occuper quoi". Mais ça, clairement tu reçois des refus, des refus des hôpitaux, des refus de l'hôpital, des refus

¹⁰¹⁹ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 152.

¹⁰²⁰ Jean Peneff, *L'hôpital en urgence*, op. cit., p. 123.

¹⁰²¹ « Une fois que le personnel juge qu'un malade nécessite des examens complémentaires ou une hospitalisation, et qu'il en a persuadé le patient, il doit convaincre les autres services de l'hôpital, voire des personnes extérieures à l'établissement, de mobiliser leurs efforts pour ce cas. Cette seconde étape dans le travail autour du patient met en jeu les relations du service des urgences avec les autres unités de l'hôpital (services de soins, plateaux techniques). Celles-ci peuvent être interprétées comme des relations de pouvoir. Elles peuvent être en faveur du service des urgences, comme par exemple dans cet hôpital général d'une ville moyenne où 70 % des hospitalisations ont lieu via les urgences. Mais elles peuvent jouer aussi en sa défaveur. C'est le cas par exemple dans certains hôpitaux universitaires, où les services de soins admettent directement une majorité de patients envoyés par d'autres médecins libéraux ou hospitaliers ou suivis aux consultations externes de l'hôpital. L'admission de malades en provenance des urgences ne peut que désorganiser celle des patients programmés. » Carine Vassy, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », op. cit., p. 71.

des étages, en me disant "oui mais ton malade, il a pas de sécu, j'en veux pas quoi". » Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Pour moi, la prise en charge personnelle, ça me dérange pas, c'est juste qu'après on galère et c'est cette galère qui nous pèse, de pouvoir trouver des places. De les "vendre" [les patients] entre guillemets. J'aime pas ce mot "vendre" mais c'est ça. C'est que tu te dis "mince, il est sans ressources ou il est seul (...), il a pas d'aide, il est dément, il a, il a pas, il a pas de sécu ou il a une sécu mais il a pas de mutuelle", enfin... et là, c'est parti pour un, une démarche compliquée. » Dr. Nawel Zaidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Un patient identifié comme étranger n'est pas seulement difficile à placer du fait de son défaut potentiel de couverture sociale, mais également du fait de difficultés linguistiques éventuelles. Le docteur Dupetit, lorsqu'elle raconte son expérience d'interne dans les services d'hospitalisation à qui les urgences tentaient de « vendre » des patients en « omettant quelques petits détails », cite notamment la barrière de la langue (« il parle pas français ») et l'origine présumée (« Monsieur Sing ») parmi les caractéristiques d'un patient à faible valeur mobilisatrice.

« J'ai vécu le côté là-haut aussi, le côté là-haut où les urgences te vendent des malades où des fois ils omettent quelques petits détails "oh ! Il est complètement dément, je te l'avais pas dit ?", "oh ! Il parle pas français, il est éthylique, c'est euh voilà un Monsieur Sing machin". Donc, des fois ça [agace], et donc, et là-haut, tu te retrouves des fois avec des gens qui ne peuvent pas sortir, t'arrives pas à les faire sortir et t'attends des places pendant, et tu leur fais rien aux gens, t'es là, tu les regardes, tu leur donnes leur médoc et, et donc je comprends la négociation (...). » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans une interview accordée au *Monde* en avril 2013, Christophe Choquet, le chef du service des urgences de l'hôpital parisien Bichat, va plus loin et inclut le phénotype du patient dans l'énumération des caractéristiques des malades pour lesquels il est difficile de trouver un lit d'hospitalisation : « *nos patients sont trop lourds, trop âgés, trop typés. Ces patients-là sont compliqués à placer.* »¹⁰²² Et, en effet, l'étude du cas spécifique des patients présumés roms met en lumière l'influence du processus de racialisation sur ces négociations entre services. Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, les patients présumés roms sont considérés comme de « mauvais patients » par tous les professionnels hospitaliers interrogés. L'identification d'un patient comme rom ne peut dès lors qu'entraver la recherche d'un lit dans un service d'hospitalisation : toutes les caractéristiques du patient concerné, à commencer par son nom, sa couverture sociale, son état de

¹⁰²² François Béguin, « A Bichat, on attend le départ des chefs de service pour caser les patients », *op. cit.*
PRUD'HOMME Dorothee | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

santé, la présence de sa famille auprès de lui, seront interprétées comme autant d'indices d'une prise en charge difficile par les soignants du service sollicité pour le recevoir.

Anne Fournier, cadre médico-social dans un établissement public de la région parisienne, explique ainsi les démarches qu'elle entreprend en faveur de patientes présumées roms qui se présentent dans le service maternité enceintes de six ou sept mois (alors que le suivi de grossesse débute normalement à partir du troisième mois) : « avec la PASS, on essaye de faire le suivi de grossesse avec l'AME, après faut trouver une place avec un médecin qui veut bien ». Elle explique qu'elle doit négocier avec les médecins pour leur faire une place sur leur emploi du temps déjà serré. Elle mime les pincettes qu'elle doit prendre, en insistant sur les critères sociaux du dossier, pour expliquer la situation au médecin. Lorsque ce dernier s'exclame « encore une Roumaine ! », elle répond « vous me la prenez quand même ? »¹⁰²³ L'identification de la patiente comme « Roumaine » constitue de toute évidence un élément fortement démobilisateur pour le médecin.

Ces négociations conduisent parfois à un refus de soin, comme dans le cas de cette patiente identifiée comme rom par l'infirmière en charge de son dossier à la Clinique privée E. Un gynécologue installé en libéral adresse cette patiente au service de chirurgie gynéco-obstétrique de la clinique pour qu'elle subisse une hystérectomie suite à un cancer. La patiente explique au chirurgien qu'elle souhaitait se faire opérer en Roumanie mais n'a finalement pas eu la force de faire le voyage. Le chirurgien de la clinique demande à l'infirmière faisant fonction de cadre du service de s'occuper du dossier administratif de cette patiente. Puis le service des admissions contacte l'infirmière pour l'informer que cette patiente n'a ni papiers, ni couverture sociale, ni chèque de caution. Or, sans chèque de caution, il n'est pas possible d'enregistrer son dossier d'admission et encore moins de l'opérer. L'infirmière faisant fonction de cadre contacte l'assistante sociale de l'établissement pour lui demander conseil. Cette dernière lui dit qu'elle « ne peut rien faire dans l'immédiat et qu'elle doit demander au chirurgien s'il accepte de se porter garant pour la patiente ». Le chirurgien, lorsqu'il apprend que la patiente ne peut être admise sans chèque de caution, choisit de se désengager de la procédure

¹⁰²³ Anne Fournier, ~45 ans, cadre médico-social, entretien exploratoire.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

et refuse de se porter caution pour la patiente. L'infirmière propose au chirurgien de revoir la patiente afin de l'adresser « dans un hôpital public qui aurait les fonds pour la passer en perte » mais il répond qu'il n'a « rien de plus à lui dire ». L'infirmière n'a plus d'autre solution que de renvoyer la patiente chez elle sans soin, mais elle est alors introuvable, « elle a peut-être cru qu'on l'avait dénoncée aux flics, comme elle est sans-papiers ».¹⁰²⁴

En refusant de se porter garant pour la patiente, ce chirurgien a fait le choix de privilégier ses revenus, en tant que médecin libéral hébergé par la Clinique E, sur les soins nécessaires à cette patiente¹⁰²⁵. Cette préoccupation pour les enjeux financiers n'est pas seulement le fait des médecins travaillant dans le privé lucratif. Certains médecins rencontrés dans des établissements publics estiment que les indications d'hospitalisation, par exemple dans le cas de patients présumés roms, doivent faire l'objet d'une réflexion approfondie dans la mesure où cette décision aura un impact (financier) sur l'ensemble de l'établissement.

« [Les Roms] soit ils ont pas l'AME, soit ils sont en demande d'AME mais qui n'est pas à jour ou soit, voilà, c'est, mais ils ont jamais de carte Vitale. (...) Ben, pour la prise en charge, oui [ça pose problème] parce que, du coup, les ordonnances, ils vont pas chercher les médicaments parce qu'ils disent qu'ils ont pas d'argent, les examens complémentaires, faut tout faire à l'hôpital parce que, du coup, on peut rien faire en externat. Donc, du coup, voilà, ça complique quand même la prise en charge et l'organisation des examens complémentaires. Voire l'hospitalisation parce que tout ça, c'est quand même à la charge de l'hôpital, donc du coup faut quand même réfléchir à deux fois avant de [les hospitaliser]... » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« On est un trop gros, on a un trop gros flux d'urgences par rapport aux lits de derrière (...). [Les services d'hospitalisation,] ils perdent de l'argent, ils sont complètement et ils te disent hein, des fois ils te disent "mais est-ce qu'il a vraiment besoin de, de, d'être gardé ?", tu lui dis "ben oui, je sais, il a pas de sécu, il a rien, ça va être pour l'hôpital mais oui, il en a besoin". Effectivement, c'est important de bien gérer tes indications d'hospitalisation chez les patients qui sont, qui ont pas de sécu parce que ça coûte de l'argent à tout le monde et euh, et puis ça retentit sur tout l'hôpital quoi. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

¹⁰²⁴ Carnet n°5, Clinique privée E, service maternité, 05.07.2010.

¹⁰²⁵ Si l'article R. 4127-47 du Code de la santé publique dispose que « *hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* », il précise également que « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée* ». Dans le cas qui nous occupe ici, il semble bien que le chirurgien, en refusant de recevoir de nouveau la patiente pour la réorienter vers un autre établissement, ait contrevenu à la disposition selon laquelle « *s'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins*. » Voir à ce sujet : Article R4127-47 du Code de la santé publique, http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B4626103DD02D09398D2446F875EDAC2.tpdjo14v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912913&dateTexte&categorieLien=cid, consulté le 4 mars 2015.

Notons que ces deux témoignages illustrent l'intériorisation des injonctions en provenance des tutelles administratives par les médecins hospitaliers.

Un cas rapporté par la cadre du service des urgences de l'Hôpital public L, Zoé Denis, vient illustrer les tractations entre services pour ne pas accueillir un patient présumé rom, précaire et dans un état de santé grave nécessitant une longue prise en charge.

« Un patient de l'Est, je sais pas si c'est pas un Rom mais euh... Et, en fait, il s'est endormi, je pense qu'il avait dû boire un peu d'alcool, mais il, pour se réchauffer et il s'est endormi sur une plaque, une plaque, une plaque d'aération, un truc chauffant dans la bouche des métros là. Et, en fait, quand il s'est réveillé, il était complètement brûlé au niveau du sacrum, mais complètement brûlé hein, voilà. Et donc il avait, il avait ça, c'était noir, ça puait, ses pansements, c'était creusé, c'était immonde quoi. Et il est resté plusieurs jours à l'UHU, donc lui marchait, il marchait hein ! Il arrivait à marcher mais personne le voulait, personne le voulait quoi, parce que c'est un patient qu'allait rester dix mois, c'est clair, fallait, les pansements tout ça, ça allait prendre des mois, fallait faire une greffe et, alors l'ortho[pédie] disait que c'était la chir[urgie] visc[érale], la chir[urgie] visc[érale] disait que c'était la [chirurgie] plastique. Fallait attendre, fallait attendre le staff de [l'Hôpital public S], on a envoyé des photos, alors on attend, c'était le lundi, on attend le jeudi d'être staffé, le jeudi, donc j'appelle quinze fois dans la journée pour savoir. On m'a répondu "non, c'est plutôt de l'orthopédie", ah ! J'en peux plus quoi ! Donc, je descends, je vois l'ortho[pédiste], je lui dis "tu vois là, t'as des lits donc tu vas prendre le patient, je m'en fous mais vous le mettez dans un lit, vous le gérez. Après tes chefs, ils vont, chir[urgie] viscérale, chir[urgie] ortho[pédique], je m'en fous, ils se démerdent, mais vous arrêtez de jouer au ping-pong comme ça, parce que, là, ça fait quatre, cinq jours". Le patient, il était sous antibiotiques et tout ça, il avait de la fièvre et en plus il va, il va finir par en mourir quoi donc euh, donc voilà. (...) [Ils n'en voulaient pas] parce que c'est un patient, déjà c'est un patient qui a pas de sécu donc c'est l'hôpital, c'est au frais du [service]. Donc voilà, ça rapporte rien du tout au niveau activité et c'est un patient qui va occuper un lit pendant des mois, le temps que ça cicatrise et tout, et après il va falloir lui trouver un SSR (...), on va demander un SSR et ils voudront jamais le prendre quoi, tant qu'il y a pas l'AME, tout ça, il faut quatre, cinq mois. Tant qu'il y a pas ça, personne le prendra, donc vous savez que c'est un patient que vous avez pour quatre, cinq mois dans vos lits, voilà. Donc on n'est plus du tout dans la même dimension du soin, mais c'est, voilà. Par contre, il a fugué, il en a eu marre, parce que tous les jours on lui disait... [d'attendre] (...). Alors, du coup, on avait fait des recherches et on s'est dit "s'il se présente pas dans un hôpital ou si il est pas pris en charge, il va mourir dans les quarante-huit heures, il va faire une septicémie", il avait pas d'antibio[tiques], rien du tout quoi (...). Et, en fin de compte, j'ai su que, alors du coup j'avais appelé à [l'hôpital public S] tout ça pour les avertir et j'ai su qu'il avait euh, qu'il s'est senti pas bien du tout et euh il est parti aux urgences de [l'Hôpital public S], là ils l'ont greffé en urgence, enfin ils lui ont fait des soins et il a été passé au bloc (...). Faut vraiment être sur le point de mourir hein ! Ou, des fois, on a de la chance parce que là, il a quand même été, il aurait pu très bien mourir dans un coin dans Paris, ça aurait été un SDF qu'on aurait retrouvé mort, voilà c'est tout hein, ça aurait pas euh, pour eux, voilà. Moi ça m'interpelle en tant [que soignante,] (...) c'est à l'encontre de nos [valeurs] (...). J'essaie de me dire il, ben oui on se dit "mais [Zoé], on peut pas soigner tout le monde entier quoi, enfin tu vois euh on a déjà" voilà, mais quand même (...) "le patient, c'est pas possible, on peut pas laisser un patient comme ça mourir, lui dire 'non, il a pas de sécu on le prend pas', c'est, c'est quoi, c'est... ?" » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Ce patient présumé rom est immédiatement identifié, non seulement comme non rentable (« ça rapporte rien du tout au niveau activité ») mais, en plus, comme coûteux pour le service qui l'hébergera (« c'est au frais du [service]. »). Il sera dès lors victime d'un « ping-pong » entre services qui durera jusqu'à ce qu'il fugue des urgences. Selon la cadre des urgences, les nouveaux objectifs de rentabilité imposés au système hospitalier ne sont sans doute pas étrangers à ce phénomène de non-recours indirect auquel « on va se heurter de plus en plus, (...) refuser de prendre un patient en charge parce qu'il a pas de sécu » :

« Je suis soignant alors je sais pas, j'ai pas de contexte à, pour moi, je me dis euh c'est, l'hôpital doit pas rapporter de l'argent, c'est pas, c'est pas une entreprise quoi, enfin... Comment est-ce qu'on peut ? Enfin voilà. Ça, ça m'interpelle. Ouais c'est vraiment une autre dimension, et ce qui fait que, on en a déjà parlé avec des collègues, ouais, on se retrouve pas, on se retrouve pas, on se retrouve pas là-dedans. On est entre deux mondes, voilà. » Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Dans le cas de la patiente devant subir une hystérectomie à la Clinique privée E comme dans le cas de ce patient victime de brûlures graves pris en charge dans des urgences publiques, les tergiversations des soignants ont provoqué la « fuite » du patient sans soin. Les exigences de rentabilité dans le domaine de la santé produisent ainsi une forme de discrimination indirecte envers les patients les plus vulnérables. Les professionnels hospitaliers se trouvent pris entre les valeurs humanistes qui fondent leur pratique professionnelle et les exigences de rentabilité imposées par les autorités de tutelle. La cadre du service d'urgences de l'Hôpital public L décrit parfaitement le dilemme que vivent ces soignants lorsqu'elle déclare « on est entre deux mondes ». François-Xavier Schweyer utilise d'ailleurs exactement la même image de deux mondes opposés pour décrire le désarroi des professionnels hospitaliers : « *la confrontation brutale entre le monde du nouveau management public et le monde des soins et de la médecine à l'hôpital public, est ressentie comme un conflit de valeurs par les personnels hospitaliers. Elle est source de désarroi, de désenchantement et souvent de mécontentement.* »¹⁰²⁶

L'identification de certains patients comme roms entrave leur accès aux soins : perçus *a priori* comme de « mauvais patients », polypathologiques, étrangers, sans couverture sociale et précaires par les professionnels hospitaliers, ils cumulent un grand nombre de critères démobilisateurs et font l'objet de pratiques

¹⁰²⁶ François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché: la fonction publique hospitalière en réformes », *Revue française d'administration publique*, 12 mars 2010, n° 132, n° 4, p. 737.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

discriminatoires de refoulement¹⁰²⁷. Quelles sont dès lors les solutions de santé alternatives envisageables, par les enquêtés, pour la prise en charge de ces usagers non rentables, et par conséquent indésirables au sein de l'Hôpital moderne, que sont les patients présumés roms ?

7.3. Quelles solutions de santé pour les précaires indésirables ?

Dès 1987, Pierre Aïach notait que « *l'inégalité sociale en matière de santé concernerait des inégalités qui caractériseraient des groupes humains socialement hiérarchisés comme, par exemple, les catégories socioprofessionnelles, les classes sociales, les groupes sociaux différenciés en fonction de leur revenu, de leur richesse, de leur pouvoir, de leur niveau d'instruction* »¹⁰²⁸ ainsi que l'appartenance présumée à « *certaines minorités ethniques défavorisées* »¹⁰²⁹. Les réformes du nouveau management public ont indirectement renforcé cette hiérarchie entre groupes humains, et donc les inégalités sociales de santé, en favorisant les pratiques de sélection des patients dans tous les établissements de santé. Les pratiques de refoulement ou de discrimination indirecte des patients les plus précaires, sans couverture sociale, sans ressources financières, sans capital personnel¹⁰³⁰ sont connues des professionnels hospitaliers. Les enquêtés qui se sont exprimés sur ce sujet regrettent tous ces atteintes au principe d'égalité d'accès aux soins dans « un des seuls lieux ouverts » à tous, comme en témoigne cette discussion entre deux aides-soignants de l'Hôpital public P.

Daniel : « Je veux dire, on n'a pas à pratiquer de discrimination, quelle que soit la personne, je veux dire, quelle que soit son origine. C'est encore plus dégueulasse parce que, déjà, les gens, dans le cadre plus large, ils sont rejetés, si nous à la limite...

Nina : où ils vont aller si même le service public les rejette ?

Daniel : ils ont le droit aussi, ils ont le droit aussi de se soigner

¹⁰²⁷ Comme le note Jean Peneff, « *le problème des malades d'origine étrangère aux urgences soulève d'autres soupçons. Dans les discours politiques extrémistes, qui dit étranger, dit parasite. Les médecins craignent une dévalorisation de leurs services si l'on montrait que les urgences servent principalement une population de non autochtones. Le débat est hypothéqué par la difficulté de notre pays à considérer comme banale la question multiraciale et les migrations comme fondement d'une nation.* » Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 111.

¹⁰²⁸ Pierre Aïach, *Les inégalités sociales de santé*, op. cit., p. 44.

¹⁰²⁹ *Ibid.*

¹⁰³⁰ « *Les chances de succès du point de vue sanitaire de l'interaction entre soignants et patients sont conditionnées par les trajectoires de ces derniers. Elles sont moindres notamment quand ils appartiennent à des catégories défavorisées de la population.* » in : Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 298.

Nina : bah oui ! Voilà ! Si la santé aussi les rejette, bah ils vont faire quoi ? Ils vont tous mourir en fait, si personne n'est derrière pour les...

Daniel : parce que, ce qu'il faut savoir, c'est que l'hôpital, c'est encore un des seuls lieux d'ouverture, je veux dire "ouvert" entre parenthèses [guillemets], où on rejette pas les gens. Alors, si toi tu le fais, comment dire, au niveau de l'hôpital public... ça s'appelle l'hôpital public quand même ! »

Daniel, ~50 ans, et Nina, ~30 ans, aides-soignants, service d'urgences, Hôpital public P.

Pourtant, ces pratiques ont lieu et elles sont le fait de professionnels hospitaliers. Comment ces derniers justifient-ils cette atteinte au principe d'égalité d'accès aux soins ? Que deviennent, selon eux, les patients qui sont refoulés des établissements hospitaliers ? Le dilemme, entre solidarité et rentabilité, auquel sont confrontés les professionnels hospitaliers, se traduit par la recherche de filières alternatives pour prendre en charge les problèmes de santé des patients non retenus par le système. Quelques enquêtes justifient l'éviction des patients « non-rentables » par leur orientation vers des structures alternatives qu'ils décrivent comme mieux adaptées à leurs besoins et demandes présumés. Beaucoup considèrent le secteur associatif comme responsable du sort de la population présumée rom, d'un point de vue social, mais également d'un point de vue sanitaire¹⁰³¹. Seul le docteur Pahn, coordinateur des urgences de la Clinique privée E, à contre-pied des idées reçues, considère que les patients présumés roms sont « rentables ». Il favorise leur venue aux urgences de la Clinique E et cherche à fidéliser cette patientèle, source de revenus réguliers.

7.3.1. La perspective d'une médecine à deux vitesses

La nécessité de désengorger les urgences est considérée par les professionnels hospitaliers comme un argument légitime en faveur de la sélection des patients. Afin de mieux prendre en charge les « vraies urgences »¹⁰³², les patients précaires, souvent atteints de pathologies mineures, devraient être orientés vers des filières alternatives mieux adaptées à leurs besoins. « *Historiquement, les institutions susceptibles de prendre en charge ce type de patients [atteints de pathologies sans*

¹⁰³¹ Isabelle Parizot, *Soigner les exclus*, op. cit.

¹⁰³² Voir sur ce sujet, chapitre 6, pp.452-456.

*gravité] se sont toujours rejeté les unes sur les autres la charge qu'ils représentent »*¹⁰³³ selon Nicolas Belorgey.

Depuis 1995, des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) généralistes ont ainsi été instaurées dans les établissements publics de la région parisienne. Il s'agit le plus souvent de structures attachées aux services d'urgences des hôpitaux, appelées « polycliniques »¹⁰³⁴ et offrant l'accès à des consultations de médecine générale aux usagers les plus démunis. *« On se tourne de plus en plus vers l'hôpital pour des soins élémentaires, des diagnostics, des recommandations. C'est pourquoi se développent, à côté des urgences, des centres de consultations sans rendez-vous, structures plus légères que les premières. »*¹⁰³⁵ Ces PASS ont également pour fonction d'accompagner les patients précaires dans leurs démarches administratives, par exemple en matière de couverture sociale. Elles regroupent généralement des professionnels médicaux et paramédicaux (médecins, infirmiers) mais également des assistantes sociales et des psychologues. Ces structures sont perçues, par certains professionnels des urgences, comme une alternative appropriée pour les patients précaires s'adressant à l'hôpital pour des pathologies relevant d'un médecin traitant, à l'instar de certains patients identifiés comme roms. Le principe d'égalité d'accès aux soins ne leur semble pas bafoué par cette réorientation vers une structure qu'ils jugent mieux adaptée.

« Je pense qu'il y avait une famille rom qui s'est présentée l'autre jour, qui venait parce que, je pense que c'était la gale, ils se grattaient partout, ça faisait vraiment... Et donc ils sont venus, ils étaient six je crois, ils sont venus à une heure où c'était pas franchement adapté qu'ils restent aux urgences parce qu'il y avait quand même un petit peu de monde, que typiquement, c'est le genre de pathologie, quelle que soit la nationalité de la personne, qui va pas nécessiter une prise en charge aux urgences, donc ils vont voir le médecin dans ce qu'on appelle le circuit court, donc en gros, ils vont attendre des heures et des heures pour que le médecin fasse une ordonnance donc, nous, on les a réorientés le lendemain à la polyclinique, qui se trouve juste au-dessus, pour qu'il y ait une prise en charge plus rapide, et c'est pareil, c'est gratuit, ils ne payent pas, en tout cas ils ne payent pas, ils n'avancent pas les frais. (...) Je ne sais pas si ils y sont allés, en tout cas, on a bien vérifié qu'ils avaient pris les coordonnées, on leur a écrit sur un papier, ils parlaient, enfin une des personnes parlait – c'était une des filles – parlait très bien anglais donc on a écrit les coordonnées, on leur a donné les horaires et, en tout cas, ils avaient l'air de vouloir revenir le lendemain, donc je pense qu'ils sont venus. » Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

¹⁰³³ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, op. cit., p. 88.

¹⁰³⁴ Une polyclinique (du grec *polis*, ville, cité) est un établissement ou partie d'hôpital destiné à donner des consultations aux malades non hospitalisés.

¹⁰³⁵ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 31.

L'infirmière choisit ici de diriger cette famille présumée rom vers la polyclinique de l'établissement en raison de plusieurs critères : la pathologie dont ces patients souffrent n'est pas grave, par contre elle est contagieuse – plusieurs heures dans la salle d'attente des urgences augmenteraient le risque de contagion des autres usagers –, et les conditions financières de la prise en charge médicale sont les mêmes à la polyclinique et aux urgences. Elle précise bien que ce n'est pas la nationalité présumée des membres de cette famille « rom » qui a gouverné son choix. Toutefois, le report de la prise en charge de ces usagers au lendemain comporte le risque qu'ils ne reviennent pas pour se faire soigner. Comme déjà indiqué, les délais dans la prise en charge sont souvent une source de non-recours aux soins pour les plus précaires¹⁰³⁶. L'infirmière déclare ne pas savoir si ces usagers se sont effectivement présentés le lendemain à la polyclinique pour recevoir le traitement nécessaire.

La mention de « patients roms » dans la discussion avec les enquêtés suscite fréquemment l'énumération de solutions alternatives à la prise en charge hospitalière. Les références à des « dispensaires », à des « visites dans les camps », voire même à des sites situés à l'extérieur de certains établissements de santé et désinfectés au petit matin après que des SDF ou des « Roms » y aient passé la nuit, sont nombreuses.

« On pourrait pas leur refuser l'accès aux urgences sachant que c'est leur seul moyen de se faire soigner, leur seul point d'attache médical, médicalement parlant, et euh donc on peut pas leur interdire, est-ce que réguler un peu mieux ou faire des espèces de dispensaires où ils pourraient être pris en charge ou des visites dans les camps avec des médecins, je sais pas du tout, qu'est-ce qu'on pourrait apporter à ça ? » Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

« [Les Roms] rentrent, ils se servent, enfin ils se servent, ils viennent se, ils viennent pour manger aussi, pour quand il fait froid ou qu'ils ont faim parce que, c'est ça... mais c'est du réseau social, c'est du service social mais ça n'a rien à faire dans l'hôpital. (...) Il faudrait créer, au lieu de tout envoyer les... Je sais pas moi, aux urgences à [l'Hôpital public B], y'a un truc qu'est bien, enfin, qu'est bien, ils ont tout un endroit qui est bétonné où c'est protégé du vent et du froid, où les clochards quand, la nuit ils les mettent pas dans les lits de malades, parce qu'ils savent très bien que c'est juste pour dormir par terre comme ils dorment dehors, quand ça gèle, ils les mettent dans ce local-là que le lendemain ils lavent, ils désinfectent, ils sont propres, ils leur donnent un repas et puis ils repartent le lendemain, bah c'est mieux que, c'est mieux de faire ça que de les hospitaliser dans un service alors qu'ils sont pas malades en plus... je pense qu'ils pourraient leur construire des, je sais pas...(...) [C'est] pas à l'hôpital, c'est en dehors, qu'ils aillent où ils ont l'aide médicale.

¹⁰³⁶ Philippe Warin, Catherine Chauveaud, Sophie Lourgant, et Nadine Mandran, *Refus de droits et traitements injustes. Analyse des biographies, caractéristiques sociales et réactions des personnes discriminées*, op. cit. PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Y'a un peu ce système-là aux USA avec les, mais c'est vrai que ça fait presque une médecine à deux vitesses. » Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Face à cette possibilité de relégation des patients présumés roms dans des structures alternatives à l'hôpital, les professionnels hospitaliers mentionnent le risque de voir apparaître une « médecine à deux vitesses ». Cette expression, récurrente dans la bouche des enquêtés, désigne la différence d'accessibilité et de qualité des soins en fonction des ressources financières des usagers. Pour la plupart des enquêtés, la médecine à deux vitesses serait contraire au principe d'égalité d'accès aux soins censé régir les institutions de santé françaises.

« Pour moi, le service public c'est euh, l'accès aux services de base égal et sans distinction de, alors évidemment de dimension ethnique, religieuse, sociale, et sans distinction économique. L'hôpital pour moi, enfin l'hôpital, le principe de l'hôpital public, donc avec un accès à la santé égal pour tous, c'est un principe que je trouve absolument fondamental et je souffre beaucoup de voir que, y compris des gens que j'apprécie bien, commencent à baisser la garde et finalement à se dire "c'est peut-être pas si catastrophique que ça de se dire qu'il puisse y avoir un double système en France avec, pour les gens qui ont des revenus qui leur permettraient d'avoir une assurance privée, qui leur permettrait, enfin avec des cliniques ou des hôpitaux qui dépendraient de ces assurances, d'avoir un niveau de prise en charge élevé, et puis, ben, pour les 'pauvres', entre guillemets, y'aurait l'assistance publique au sens de l'hôpital pour les pauvres, qui assurerait les soins de base, mais pas de la même qualité que les autres". J'ai beaucoup de peine à accepter qu'on rentre dans cette dimension-là dans la République française. » Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

« [Le service public] euh, c'est l'accès aux soins, à tous, de, de, qualitativement de manière homogène. Ce qui est faux, on le sait bien, mais euh, ce qui est faux parce que, ce qui est pas toujours vrai, mais en tout cas y'a une intention, c'est un dispositif qui est fait pour. Après y'a toujours des passe-droits des machins mais, y'a aussi une médecine à deux vitesses, y'a quand on est dans une consultation privée à l'hôpital ça va plus vite, quand on peut payer, on est reçu plus vite. Je pense pas qu'on laisse mourir les plus pauvres mais euh, mais euh, voilà. » Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

« [L'égalité d'accès aux soins] elle est de moins en moins réelle, on va de plus en plus à une médecine à deux voire trois vitesses, elle est de moins en moins réelle, et ça, ça m'énerve, mais bon, on y peut rien. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

S'appropriant la logique mercantile qui préside aux réformes qu'il juge responsable de la disparition du principe d'égalité d'accès aux soins à l'hôpital, le professeur Legrand, chef du service de médecine infectieuse et tropicale à l'Hôpital public A s'attache à démontrer que cette médecine à deux vitesses présente un risque financier non négligeable sur le long terme.

« Pratiquer comme ça, c'est une mauvaise façon de faire, d'un point de vue purement professionnel et de santé publique, parce que le bonhomme qu'on va, ou la dame qu'on va renvoyer dans ses vingt-deux mètres, elle va forcément ré-émerger dans le système, à un

moment ou à un autre, à un stade plus grave de la maladie et que ça va coûter plus cher à la société que ça va être plus compliqué à gérer, et que, en termes de stratégie, c'est une très mauvaise stratégie. (...) Quand on voit l'évolution qui se, est en train de se dessiner, alors je sais pas jusqu'où ça va aller, avec la réforme de l'Aide Médicale et la réforme de l'accès au titre de séjour pour les étrangers vraiment malades – ce qu'on appelle l'amendement Mariani – euh, alors je suis bien conscient qu'il y a toute une dimension symbolique purement politicienne et que certains sont parfaitement conscients des conséquences pratiques que ça va avoir, mais le côté symbolique pour eux prime, mais il est évident que, d'un point de vue technique, c'est une aberration absolue. Pour l'AME, par exemple, on veut faire ça au nom de "ça coûte trop cher", et en fait [on peut s'attendre] à ce que ça coûte encore plus cher. Et, je suis convaincu qu'un certain nombre de ceux qui sont promoteurs de cette loi, sont absolument conscients que, de fait, c'est techniquement une mauvaise décision. (...) Parce que si on restreint l'accès au titre de séjour et à l'AME, y'a sûrement une grosse poignée de migrants qui vont être foutus dehors mais la majorité d'entre eux vont rester en France parce que... Et sans papiers, sans prise en charge, donc ils vont tenir et traîner là où ils ont erré le plus longtemps, et à un moment ou à un autre ce sera plus tenable donc ils vont forcément ré-émerger dans le système et ils vont passer en réanimation. Au lieu d'être hospitalisés huit jours, ils vont être hospitalisés trois semaines et avec des soins très lourds et ça va coûter beaucoup, beaucoup plus cher à la collectivité. De toutes façons, qu'on le veuille ou non, ils sont là donc euh, ne pas vouloir voir la vérité en face, c'est peut être symboliquement rentable, encore que personnellement j'en doute, mais bon, on peut accepter l'idée que je ne sois pas très objectif, mais c'est surtout stratégiquement et techniquement absolument illogique. » Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

Le professeur Legrand dénonce le caractère « politicien » – faisant primer l'aspect symbolique sur les effets concrets – des réformes visant à restreindre l'accès aux soins des patients étrangers démunis. Il remarque que cette « stratégie » aggrave potentiellement la lourdeur de la pathologie du patient et, par conséquent, le coût du traitement et la durée moyenne de séjour nécessaires à son rétablissement. Selon lui, l'exclusion des patients précaires étrangers de l'accès aux soins présente un risque pour la santé des personnes concernées, pour la collectivité en termes de santé publique, mais également pour la rentabilité à long terme des établissements qui accueilleront finalement ces patients. Dans le même ordre d'idée, pour Olivier Cha, médecin généraliste à la polyclinique de l'Hôpital public St Antoine, « *il serait nécessaire d'alerter les pouvoirs publics sur le fait que les coûts de "non santé" sont plus élevés que les dépenses pour bonne santé. A titre d'exemple, la mauvaise prise en charge de la tuberculose favorise le développement de souches de contagions.* »¹⁰³⁷ Selon lui, la médecine préventive serait plus rentable sur le long terme que la médecine curative actuellement privilégiée en France. Marie Christine Lebon, psychologue à l'Hôpital public de Bobigny met, quant à elle,

¹⁰³⁷ Alma Benzaïd, « L'urgence ici: quel accès aux soins pour les sans-papiers? », *op. cit.*
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

l'accent sur les coûts sociaux de telles pratiques : *« s'est-on d'ailleurs donné la peine de s'interroger sur le coût qu'implique, pour la société, le fait de ne pas favoriser l'accès aux soins pour les personnes vulnérables ? Coûts en termes de santé publique et en perte de force de travail, coût de la rupture du pacte social. Et quel sens donner à une société qui, non seulement renonce à protéger les plus faibles mais les rend responsables des déficits de la santé publique ? Quand l'hôpital est soumis à des pressions économiques de plus en plus fortes (durée de séjour, rentabilisation de l'activité), comment prendrons-nous le temps de nous occuper de ces patients les plus difficiles à soigner, souvent polypathologiques ? Cette pression ne nous amène-t-elle pas à sélectionner le malade idéal et à rejeter les autres, les vieux, les grabataires, les chroniques, les pauvres, les migrants, qui nécessitent plus de soins plus d'attention, plus de temps ? »*¹⁰³⁸

7.3.2. Les associations : responsables des patients présumés roms ?

*« Afin de se défendre contre la culpabilité rampante [qu'ils éprouvent à privilégier la rentabilité sur le principe d'égalité de traitement], les soignants développent des stratégies de mise à distance des patients. »*¹⁰³⁹. Ainsi, en ce qui concerne les patients présumés roms, les professionnels hospitaliers interrogés décrivent le rôle des associations comme central parmi les solutions alternatives à la prise en charge hospitalière. C'est certainement une spécificité de cette population que d'être perçue comme relevant avant tout de la responsabilité du domaine associatif¹⁰⁴⁰, y compris en matière de santé et y compris de la part de professionnels hospitaliers. Les enquêtés citent par exemple spontanément la Croix-Rouge, Médecins du Monde, les petits frères des Pauvres comme des organisations susceptibles de prendre soin des « Roms ». Certains d'entre eux tirent cette connaissance de leur expérience personnelle, comme cette aide-soignante qui dit voir régulièrement la Croix-Rouge visiter le « camp » situé à côté de chez elle.

« J'avais un camp de Roms à côté de chez moi, à St Ouen, vraiment un des plus grands camps qu'il y avait d'ailleurs et y'avait la Croix-Rouge qui venait systématiquement les voir parce que moi j'emmenais mes enfants deux fois par semaine, même trois fois par

¹⁰³⁸ Marie-Christine Lebon, « Vulnérables », *op. cit.*, p. 69.

¹⁰³⁹ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 209.

¹⁰⁴⁰ Eric Fassin, Carine Fouteau, Serge Guichard, et Aurélie Windels, *Roms & riverains*, *op. cit.*, p. 132-133.

semaine au sport et je passais devant tous les jours, enfin à chaque fois que je les emmenais et je voyais souvent la Croix-Rouge, donc, ils sont, je pense quand même qu'on doit, quand c'est des gros camps comme ça, on les laisse pas, on laisse pas tout seuls, vivre en autarcie, y'a quand même, y'a des comment, des, des, la Croix-Rouge et les petits frères des Pauvres, je sais pas, des associations qui viennent les voir et qui quand même pour les papiers, pour... » Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Comme nous avons pu le constater dans le deuxième chapitre, de nombreux professionnels hospitaliers font référence aux associations à propos des difficultés d'hébergement que rencontrent les « Roms ». Les associations serviraient alors de relais et les orienteraient vers les urgences hospitalières en cas de pénurie de places d'hébergement au 115.

« C'est de plus en plus souvent maintenant qu'ils sont refoulés par toutes les associations comme Médecins du Monde, comme la Croix-Rouge ou autre, on leur dit, même parfois le 115. (...) Y'a plus de place, je crois qu'il y a plus de place, y'a un problème de place, ils leur disent "rapprochez-vous des urgences d'un hôpital pour vous faire héberger". » Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

« Autre intérêt, alors là, basique, d'inscrire ces patients, enfin ces personnes plutôt, c'est pas des patients, ces personnes [qui viennent se faire héberger aux urgences pour la nuit], c'est d'avoir une trace de la file active, de repérer les patients qui viennent de façon régulière pour les hébergements, pour qu'ils puissent être signalés éventuellement à des associations, pour qu'ils puissent être pris en charge (...). » Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Certains enquêtés considèrent que les associations seraient mieux à même de prendre en charge les « Roms » : elles « accrocheraient » mieux ce public spécifique que les structures médicales classiques et les médecins associatifs pourraient ainsi pallier leur défaut de médecin traitant déclaré.

« Effectivement je pense que si les Roms, l'accès au médecin généraliste n'est pas évident, mais ils ont des médecins des associations. » Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

« Y'a des associations qui sont plus spécifiques pour ce public-là, qui, peut-être arrivent à accrocher [les patients roms]. » Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Isabelle Parizot¹⁰⁴¹ comme Jean Peneff¹⁰⁴² soulignent que, lorsque les organisations caritatives ont ouvert les centres de santé gratuits dans les années 1990, il s'agissait davantage d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les manquements de la médecine hospitalière que de créer une médecine des pauvres, « une médecine de ghetto ». A cette époque, les responsables d'associations « *ne tiennent*

¹⁰⁴¹ Isabelle Parizot, *Soigner les exclus*, op. cit.

¹⁰⁴² Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

*pas à fidéliser leurs clients mais plutôt à les réorienter. Mais leurs patients (y compris ceux avec carte santé ou aide médicale gratuite) tiennent à ce genre de médecine : pas d'examens complémentaires, pas de suivi ou de dossier, une aisance dans la relation. Bref, l'opposé de l'hôpital où ils affrontent les valeurs, les normes des classes moyennes, les jugements moraux qui stigmatisent leur insouciance vis-à-vis de la santé ou de l'hygiène, leur imprévoyance.»*¹⁰⁴³

Progressivement, dans l'imaginaire collectif, ces associations et leurs centres de santé gratuits sont devenus le palliatif naturel des médecins traitants et des urgences hospitalières pour certaines populations. A tel point que des professionnels hospitaliers expliquent aujourd'hui le mauvais état de santé global des patients présumés roms par les difficultés que ces associations rencontreraient dans leur prise en charge.

« Je suis pas sûr que les ONG, enfin j'ai rien contre les ONG, au contraire, ils font un super travail mais ils ont pas forcément l'opportunité d'aller de camp en camp pour faire du recrutement de malades entre guillemets, ou faire du dispensaire, du dispensaire mobile, je suis pas sûr, je suis pas sûr. » Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

« Y'a peut-être pas assez d'associations, qu'il y a peut-être pas assez de choses qui sont mises en amont avant que les situations dramatiques arrivent. » Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

« [Les Roms,] c'est pas forcément un public facile parce que euh, euh un public concentré en camps et pas forcément très ouvert, pas forcément accessible aux institutions et aux associations ». Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Tandis que les professionnels hospitaliers reprochent aux « ONG » leur manque d'efficacité dans la prise en charge des patients qu'ils identifient comme roms, les associations blâment en retour les médecins généralistes et hospitaliers pour leur négligence, comme par exemple l'Association Tsiganes Solidarités qui note : « *les médecins associatifs remarquent des dysfonctionnements fréquents lorsque ces Tsiganes sont soignés [par des praticiens hospitaliers] : ils se trompent souvent pour les échographies dans leur évaluation de la date ou du sexe, on leur refuse des examens... Il en découle une impression de "sous-médecine" pour les Tsiganes.* »¹⁰⁴⁴ Le secteur hospitalier et le secteur associatif se renvoient mutuellement la responsabilité de la moins bonne prise en charge de ces patients précaires et non rentables que seraient les patients présumés roms. Une seule voix

¹⁰⁴³ *Ibid.*, p. 98.

¹⁰⁴⁴ Association Tsiganes Solidarités, « La santé et l'accès aux soins à Toulouse », *op. cit.*, p. 85.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

discordante sur ce sujet, celle du docteur Julien Pahn, le coordinateur des urgences de la Clinique privée E : contre toute attente, nulle pratique de refoulement des patients présumés roms – et, par conséquent, non rentables – dans ce service, bien au contraire.

7.3.3. Le docteur Pahn et la patientèle présumée rom

Les patients précaires, étrangers, sans couverture sociale semblent faire l'objet de fortes préventions de la part des établissements privés, en particulier du fait des incertitudes planant sur leur solvabilité et donc sur la rentabilité financière de leur prise en charge par l'établissement en question. « *Non astreintes au service public, ces cliniques n'acceptent (...) pas tous les demandeurs. Une discrimination se produit à l'entrée sur la base du type de couverture sociale, d'une recommandation ou de l'appartenance préalable à la clientèle de l'établissement.* » (...) [Pourtant] ces cliniques privées avec "Urgences" sont de plus en plus nombreuses, ce qui signifie qu'elles sont à la recherche de malades. »

¹⁰⁴⁵ C'est le cas de la Clinique privée E. L'étude des raisons pour lesquelles le coordinateur des urgences a, paradoxalement, intégré les familles présumées roms au sein de sa patientèle, permet de remettre en cause l'idée selon laquelle ces patients ne seraient pas rentables¹⁰⁴⁶.

La Clinique E est un établissement privé indépendant situé dans le département de la Seine-St-Denis. Son directeur, le docteur Guillet¹⁰⁴⁷, est issu d'une longue lignée de chirurgiens : son grand-père travaillait déjà dans un hôpital public situé dans une grande ville du département. A son décès en 1934, le père du docteur Guillet reprend la patientèle et s'installe à son tour comme chirurgien dans la même ville. En 1956, il y crée un établissement chirurgical privé comptant quarante-deux lits qui « soignait une population assez simple, ouvrière ». Quand, en 1983, après son internat de médecine, le docteur Guillet souhaite reprendre cette « entreprise familiale », les locaux lui semblent trop petits et vétustes pour y envisager un avenir : « il fallait soit se regrouper avec d'autres soit se développer ». Il choisit la

¹⁰⁴⁵ Jean Peneff, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, op. cit., p. 46.

¹⁰⁴⁶ Les spécificités de cet établissement et, en particulier, son implantation géographique et les caractéristiques de son public habituel interdisent toute forme de généralisation.

¹⁰⁴⁷ Dr. Guillet, ~55 ans, chef de service de chirurgie, directeur, Clinique privée E.

PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

deuxième solution mais devant le manque de place disponible sur le site initial, il décide de reconstruire la Clinique E sur un terrain plus grand, situé en dehors de la ville. La zone d'implantation ne connaîtra jamais le développement initialement prévu, notamment en matière de transports publics, et la Clinique demeure, depuis son ouverture en 1995, « un établissement comme ça, au milieu de nulle part », difficile d'accès. L'établissement, entouré selon le docteur Guillet, d'un « certain nombre de cités aux alentours qui sont des zones de non-droit », accueille principalement une population décrite comme « très précaire » et souvent bénéficiaire de la CMU ou de l'AME. Pourtant, malgré ces difficultés, la Clinique E se développe rapidement, en assumant pleinement un rôle de médecine de proximité. Son directeur explique que les « vagues » d'immigration successives sont venues grossir la clientèle de l'établissement depuis sa création après-guerre.

« Il y a eu les premiers immigrés provinciaux, les Bretons, puis sont arrivés les immigrés un peu plus au Sud, Italiens, Espagnols, ensuite ça a été le Maghreb, puis l'Afrique. Ensuite l'Europe de l'Est, l'Asie, l'Afghanistan, le Pakistan, ce qui fait que la population locale est une population avec beaucoup d'immigrés, avec peu de Français de souche en tout cas. »
Dr. Guillet, ~55 ans, chef de service de chirurgie, directeur, Clinique privée E.

La Clinique compte aujourd'hui trois cent vingt lits d'hospitalisation et places d'ambulatoire, et son personnel est composé d'environ quatre cent cinquante salariés et quatre-vingts médecins.

Depuis les réformes Debré de 1958 créant les centres hospitaliers universitaires et la loi Boulin de 1970 qui institua la notion de « service public hospitalier », le système hospitalier français reposait sur une dichotomie entre, d'un côté, l'hospitalisation privée à but lucratif, c'est-à-dire les cliniques et, de l'autre, les hôpitaux publics et la plupart des établissements privés à but non lucratif, qui assumaient l'exercice du service public hospitalier. D'après Didier Tabuteau, « *ce dispositif a été méticuleusement et patiemment remis en cause à partir de 2002. (...) Sous couvert d'un argument technique prenant appui sur le droit de la concurrence, l'Etat a renoncé à faire valoir la spécificité du service public hospitalier et a admis une logique de concurrence directe, dans un souci de modernisation de l'hôpital et d'amélioration de son efficience par une émulation avec le secteur privé.* »¹⁰⁴⁸ En supprimant la notion même de « service public hospitalier », la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet

¹⁰⁴⁸ Didier Tabuteau, *La Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, op. cit., p. 136.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

2009 a porté le coup de grâce au système hospitalier français institué par la loi Boulin et a réduit l'activité de service public à quatorze missions¹⁰⁴⁹, indistinctement exercées désormais par les hôpitaux publics et les cliniques. Ces changements expliquent en partie l'élargissement de la clientèle de la Clinique E aux bénéficiaires de la CMU et de l'AME :

« Avant, on ne les prenait pas les [patients bénéficiaires de l']AME, maintenant la sécu, les tutelles, nous autorisent, enfin, nous remboursent les gens en AME, sinon on ne les prenait pas. Les [patients bénéficiaires de la] CMU, on les prend, avant on ne les prenait pas. On est vraiment tributaires des remboursements qu'on a ou pas. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

« Nous avons les mêmes conventions que dans le public, nous n'avons pas de dépassement d'honoraires. Ce n'est pas parce qu'on dit clinique privée que ça sous-entend que quelqu'un qui a la CMU ou l'Aide Médicale ne peut pas se faire soigner. Pas du tout, c'est la même convention sauf que, ici dans le privé Mr et Mme [Guillet, les dirigeants] ont décidé qu'on prendrait la carte Vitale quand elle est à jour, donc la sécu nous rembourse à 80 % mais les 20 % restants on ne prendra pas la mutuelle. Le patient est obligé d'avancer les frais. Donc ça, ceux qui ont l'habitude le savent, ceux qui n'ont pas l'habitude me demandent si on prend la mutuelle, je dis que "non, pas aux urgences mais, en hospitalisation, on la prend". C'est tout, y'a pas de différence, c'est le même tarif. La seule différence c'est que, nous, c'est les facturières qui font les relances quand le patient ne paie pas, alors que quand c'est public, c'est le Trésor Public. » Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

L'affiliation des patients à la CMU ou à l'AME garantit à l'établissement que leur prise en charge sera automatiquement et intégralement remboursée par l'assurance maladie. Finalement, comme le remarque le directeur de l'établissement, ces patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME présentent un risque financier moins grand pour la Clinique qu'un patient moins précaire dont on attend qu'il avance les frais de sa prise en charge.

« Globalement, quand vous vous promenez dans l'établissement, que vous voyez les urgences, que vous voyez les patients hospitalisés, vous verrez qu'on prend en charge toutes les populations locales et qu'il n'y a pas de sélection des patients à l'entrée de l'établissement, malgré la précarité qu'il y a. Je dirais que les plus précaires, c'est encore eux qui ont le plus facilement accès aux soins, puisque les plus précaires c'est eux qui ne paient rien et que, on les prend, donc c'est... Pour eux, il n'y a aucun problème, c'est pour ceux qui sont un peu au-dessus de ce niveau-là que, parfois, il y en a. Les patients qui sont dans l'état le plus précaire, les patients qui arrivent en France qui sont sans papiers en général, ils ont instantanément une Aide Médicale d'Etat et pour tout problème de santé, ils sont pris en charge. » Dr. Guillet, ~55 ans, chef de service de chirurgie, directeur, Clinique privée E.

¹⁰⁴⁹ Voir à ce sujet : *Article L6112-1 du Code de la santé publique*, http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jsessionid=4D5CC735F72D431E155D6964225FCDBD.tpdjo08v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idSectionTA=LEGISCTA000020886450&dateTexte=, consulté le 3 octobre 2014.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Le service des urgences est une porte d'entrée sur l'établissement pour les patients et donc une source d'activité potentielle pour la Clinique. Les médecins qui y travaillent sont des généralistes installés en libéral, hébergés par la Clinique privée E. Le coordinateur du service, Julien Pahn, revendique son rôle de médecin traitant auprès des populations locales.

« Les tutelles ne veulent pas de ces gens-là [les patients qui se présentent aux urgences avec un motif relevant d'un médecin traitant] parce que ça coûte cher. Moi, ma rémunération, chaque fois que je vois quelqu'un ici, c'est comme en cabinet. A [l'hôpital public D] c'est vingt-deux euros, aujourd'hui quand il vient consulter, c'est vingt-deux euros pour le médecin mais il va payer vingt-sept euros à chaque passage, plus une enveloppe globale qu'il va donner à l'établissement. Donc, il gagne énormément d'argent sur le passage aux urgences, donc ça coûte énormément d'argent à la société. Il est facile de dire, en tant que politicien, que "non, tous ces 80 % [non-urgents] il ne faut pas qu'ils aillent aux urgences, il faut qu'ils aillent voir leur généraliste". Sauf que les généralistes sont déjà complets. C'est les mêmes [décideurs politiques] qui ont réduit les *numerus clausus* depuis les années 1990 en disant que, si il [n']y a plus de prescripteur il n'y aura plus de prescriptions et donc, du coup, on va gagner sur les dépenses de santé, les mêmes politiques pensent aujourd'hui que, en claquant des doigts, on va interdire aux gens de venir ici et de consulter. Je ne sais pas si vous avez vu depuis que vous êtes là, tous les gens qui viennent ont une plainte. Ils ne viennent pas ici de plein gré parce qu'il fait beau. S'ils viennent ici, ils savent que c'est une urgence. Moi je pense qu'ils viennent ici, toujours en désespoir de cause, alors on peut dire que ce n'est rien mais, nous, on a le savoir médical que, eux, n'ont pas. C'est facile de prendre les choses à l'envers. Moi je pense que ceux qui viennent ici savent que c'est une urgence et c'est licite de les voir. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Les enjeux financiers autour de cette patientèle dont les problèmes de santé ne relèvent pas spécifiquement d'un service d'urgences mais qui ne trouve pas de médecin traitant à proximité ne sont pas négligeables pour le docteur Pahn. Or, comme il a pu s'en rendre compte au fur et à mesure qu'il développait ce service d'urgences au sein de la Clinique, les membres des familles qu'il identifie comme roms, installées dans le village voisin, sont tous bénéficiaires de la CMU.

« [Les Roms reçus à la clinique,] ils sont français. Ils ont des papiers français. Ils ont la CMU, ils n'ont pas l'Aide Médicalisée d'Etat. Ils ont la CMU, ils sont français. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Le paiement de leur consultation est donc garanti par la sécurité sociale. Au fil des années, le docteur Pahn a créé un lien très particulier avec les membres de ces familles qui le considèrent maintenant comme leur médecin traitant. Mathieu Dubet, le cadre infirmier des urgences parle à ce sujet des « consultations privées

du docteur [Pahn] »¹⁰⁵⁰. Pour certains professionnels de la Clinique de l'Estrée, le docteur Pahn s'est ainsi construit une rente de situation, un « gagne-pain ».

« Si il [le Dr Julien Pahn] avait mis des règles dès le départ, ne serait-ce que respecter les gens, on n'en serait peut-être pas arrivé là non plus. S'il avait dit [aux patients présumés roms] "je ne suis pas votre médecin traitant, vous allez vous trouver un médecin traitant, moi je ne fais que les urgences". Un médecin urgentiste a le droit de dire "non, c'est pas une urgence, je vous envoie vers un médecin traitant". Il l'a vu et ce n'est pas une urgence, il le renvoie, sauf que [Julien] ne le fera pas. C'est pas une perte pour lui, parce qu'ils viennent à cinquante avec la carte de CMU donc ça fait cinquante consultations pour [Julien] le même jour, parce qu'il fait [une consultation] au nom du premier, deuxième, troisième, il fait une ordonnance à chacun. Il se prend une consultation à chacun donc forcément trente euros multipliés par cinquante c'est une bonne journée ! (...) Donc, quelquefois c'est très, on sait qu'ils viennent pour rien ces gens-là. Après, ils sont diabétiques, ont des trucs rares, mais ça c'est ethnique, on va dire. Mais la majorité vient là pour rien et quand ils viennent, ils squattent là. Le chef de famille, les cousins, la mama, les enfants mais ils rapportent à [Julien] en fait. C'est son gagne-pain. (...) Ils sont rentables, c'est du tout cuit, c'est de la CMU. Un patient comme vous et moi, on vient avec notre carte vitale et on a oublié notre porte-monnaie, pour eux [les médecins], c'est une perte parce qu'ils vont être payés qu'à 75 %. Si on est honnête, on revient le lendemain et il va être payé mais si on n'est pas honnête... La CMU, c'est tout bénéf, il envoie les papiers à la sécu, la sécu elle verse, on est sûrs d'être payés avec une CMU, plus qu'avec moi et ma carte qui ne passe pas bien dans le lecteur et qui n'est pas à jour. C'est tout bénéf une CMU ! (...) Après, on sélectionne de qui on parle sur la carte. [Les Roms] ils ont une carte pour toute la famille mais après on sélectionne donc, le même jour, on peut en sélectionner dix. S'ils ont chacun un motif différent, qui va aller vérifier que c'est justifié ? Je ne vois pas la sécu se pointer dans les camps des Roumains et vérifier si ils sont vraiment malades. » Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

Paradoxalement, les spécificités perçues des patients présumés roms qui incitaient les enquêtés à les catégoriser comme de « mauvais patients » – les familles envahissantes, les consultations collectives – deviennent ici constitutives d'une source régulière de revenus pour le coordinateur des urgences de cet établissement privé. En effet, du fait de son emplacement géographique et de la patientèle qu'elle accueille, la Clinique E ne mise pas, contrairement aux autres établissements privés, sur la qualité des prestations qu'elle propose pour faire des bénéfices ; comme l'explique son directeur adjoint, « c'est le volume qui fait vivre la clinique ».

« Il y a beaucoup de groupes de cliniques côtés en bourse, avec des fonds de pensions. [A la Clinique E], on n'est pas du tout dans cette logique. D'ailleurs ces cliniques, ces groupes ne viennent pas s'installer dans le 93 clairement. Parce qu'il y a des marges faibles, des problèmes spécifiques, des populations à faible pouvoir d'achat et, les marges des cliniques, elles se font sur la vente de chambres particulières, de suppléments. Ici, on ne compte pas

¹⁰⁵⁰ Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.
PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

de suppléments, ici c'est le volume qui fait vivre la clinique. » M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

Or, comme le note le docteur Bouzidi qui exerce à l'Hôpital public L, le système de la tarification à l'activité incite les médecins généralistes installés en libéral à accroître leur volume d'activité, y compris sans justification médicale.

« Le paiement à l'acte, c'est juste une aberration, parce que je suis un imbécile par exemple, je suis [un médecin généraliste] installé en ville, ben je vais pas me casser la tête, je vais faire du renouvellement d'ordonnance tous les mois et au lieu de vous dire "je sais que vous allez bien, vous avez juste une petite hypertension qui, sous traitement, est parfaite", eh ben au lieu de vous faire une ordonnance pour six mois, il vous dit "ben écoutez, vous êtes jeune on se revoit dans six mois", et ben "non, non, on se revoit dans deux mois, non, c'est mieux, parce que quand même c'est mieux". Donc voilà. Je fais passer, ah les gens qui ont la CMU, c'est encore mieux parce que je fais passer la famille, la mère vient avec ses enfants, je la fais passer en consultation, je pose un coup de stéto[scope] sur le petit qui demandait rien à personne, qui machin et je fais passer trois consultations, ça m'a pris dix minutes. Le paiement à l'acte, c'est une aberration, faut qu'on arrête ce truc ! » Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

La tarification à l'activité (T2A) combinée à l'exercice de la mission de service publique d'urgences par les établissements privés rend les patients précaires bénéficiaires de la CMU et de l'AME désirables aux yeux du docteur Pahn, coordinateur des urgences de la Clinique E. Ils représentent une source de revenus garantis et la possibilité d'une activité complémentaire pour le reste de l'établissement¹⁰⁵¹. Les « Roms » deviennent ainsi des patients à attirer et à fidéliser. Les efforts déployés par le docteur Pahn en ce sens¹⁰⁵² associés à la discrimination qu'ils subissent ailleurs, font que ses familles présumées roms s'adressent à la Clinique privée E comme à « leur hôpital ».

« Ils [les patients roms] ont intégré que nous sommes là et que, de toutes façons, nous les prendrons en charge ici... parce que, déjà, ils n'ont pas les moyens de les envoyer là-bas [dans les hôpitaux parisiens prestigieux] et c'est des gens qui économiquement n'ont pas les moyens d'aller payer là-bas, donc ils savent que nous sommes là. Donc, est-ce que,

¹⁰⁵¹ « Qu'ils soient dispensés dans un hôpital public ou dans une clinique privée, plus de 90 % des soins hospitaliers sont couverts par l'assurance maladie. La notion de secteur privé est donc relative et en toute rigueur, on ne peut parler de privatisation quand l'activité est financée par l'argent public. » in : François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché », op. cit., p. 729.

¹⁰⁵² « [Le docteur Pahn] il a la patience, chose que d'autres médecins ici n'ont pas avec ce genre de population. » Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

« Même pour moi c'est très lourd d'avoir ces gens-là, ils sont insistants. Même si j'essaie de les comprendre et de faire au mieux. (...) Parfois une consultation je sors de là en sueur, je n'en peux plus. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

« Je connais leur nom. J'essaie de parler deux ou trois mots dans leur langue. Ils se sentent entendus et compris et quand il y a des particularités spécifiques à leur ethnie on essaie de les comprendre. » Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

quelque part, ils ne sont pas en train d'intégrer que [la Clinique E] c'est leur hôpital ? » M. Diop, ~40 ans, directeur des ressources humaines, Clinique privée E.

Ce médecin, dont les choix de carrière ont principalement été motivés par des arguments financiers¹⁰⁵³, trouve dans la prise en charge régulière de ces familles nombreuses et « captives », une source de revenus satisfaisante. L'intérêt du docteur Pahn pour ces patients « roms » réputés non rentables peut être interprété comme un effet inattendu de la combinaison des réformes de la T2A et de la loi HPST. En favorisant le volume sur la qualité des soins, ces réformes encouragent ce médecin généraliste installé en libéral au sein de la Clinique E à fidéliser une patientèle nombreuse et bénéficiaire de la CMU afin de garantir ses revenus.

Dans un article daté de 2010, André Grimaldi, Professeur émérite de diabétologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris et « poil à gratter hospitalier »¹⁰⁵⁴ et Guy Vallancien, Professeur d'Urologie à l'Université Paris Descartes, dénoncent conjointement les effets néfastes de la T2A : *« on a surtout réussi à définir des patients et des activités rentables et d'autres non rentables, sans bien sûr prendre en compte ni la qualité ni même la justification des soins. On a ainsi mis en place un système inflationniste ayant entraîné une augmentation de l'activité, ou plutôt du codage d'activité, de 3 % par an, comme s'il y avait eu une catastrophe sanitaire chaque année ! Comme par hasard, les malades et les activités rentables se trouvent du côté des cliniques commerciales, tandis que les patients non rentables sont pris en charge par les hôpitaux publics. La perversion est à ce point évidente que vingt-neuf des trente et un CHU sont en déficit grâce à ce système (...) ! En réalité, la tarification à l'activité est assez adaptée aux activités standards, programmables, relevant de procédures bien définies avec un retour rapide du patient à domicile (...). Mais elle est inadaptée à tout ce qui est complexe, qualitatif, aléatoire, imprévisible, telles la fin de vie, la psychiatrie, les maladies chroniques. Elle est inadaptée aux urgences dont la prise en charge*

¹⁰⁵³ Voir chapitre 3, pp.188-242.

¹⁰⁵⁴ Florence Rosier, André Grimaldi, « poil à gratter » hospitalier, http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/09/16/andre-grimaldi-poil-a-gratter-hospitalier_3478557_1650684.html, consulté le 13 janvier 2015.

nécessite par définition un financement préalable avec des capacités d'accueil supposant des lits vides. »¹⁰⁵⁵

Les professionnels que nous avons rencontrés posent le même diagnostic : les récentes réformes hospitalières inspirées du nouveau management public, en imposant une logique de rentabilité financière à des services dont l'activité est finalement difficilement quantifiable, ont provoqué un déclin global et sensible de la qualité des soins prodigués. Elles incitent notamment les professionnels hospitaliers à choisir leurs patients en fonction de leur solvabilité supposée. Les patients identifiés comme roms – du fait de leur nationalité, de leur situation socio-économique, de leur statut, de leur (absence de) couverture sociale supposés – sont, plus que d'autres encore, les victimes de ces pratiques de sélection des patients aux portes des services ou des établissements. Cette discrimination indirecte¹⁰⁵⁶ dans l'accès aux soins, bien que déplorée par la plupart des enquêtés, est souvent vécue comme inéluctable¹⁰⁵⁷ puisque découlant indirectement de décisions prises par les autorités de tutelles. Face à cette médecine à deux vitesses, certains professionnels hospitaliers interrogés se tournent spontanément vers le secteur associatif pour prendre en charge les usagers qu'ils identifient comme roms. Comme si les publics non rentables devaient naturellement s'adresser à des organisations dont le mode de financement et le bénévolat des animateurs rappellent les conditions d'existence des premiers hôpitaux français dédiés à l'accueil des publics démunis. Seul le coordinateur des urgences de la Clinique E, le docteur Pahn, considère, au contraire, que les patients qu'il identifie comme roms sont rentables et cherche à fidéliser les « familles roms », bénéficiaires de la CMU dans une logique purement financière.

¹⁰⁵⁵ André Grimaldi et Guy Vallancien, « Les paradoxes du médecin à l'hôpital », Les Tribunes de la santé, 2010, vol. 26, no 1, p. 21-37.

¹⁰⁵⁶ « Les discriminations indirectes sont définies comme des mesures qui s'avèrent affecter une proportion significativement plus élevée des membres d'un groupe particulier, caractérisé par des attributs tels que la nationalité ou la couleur de peau par exemple, alors qu'elles sont apparemment neutres par rapport à ces attributs. Ces discriminations indirectes sont dites systémiques quand elles sont secrétées par des logiques structurelles, via en particulier des dysfonctionnements institutionnels, indépendamment de l'intentionnalité discriminatoire des personnes qui pourtant les mettent en œuvre. Cette notion de discrimination indirecte constitue l'un des grands apports du droit communautaire au droit français, au début des années 2000. Ainsi affranchi de la question de l'intentionnalité, le champ des traitements discriminatoires s'est en effet trouvé considérablement élargi. » Estelle Carde, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *op. cit.*, p. 100.

¹⁰⁵⁷ « Ça m'énervé, mais bon, on y peut rien. » Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

Conclusion

Cette seconde partie de thèse a non seulement permis de mettre en lumière le fait que les représentations racialisantes, que les professionnels hospitaliers nourrissent au sujet des patients qu'ils identifient comme roms, engendrent le traitement différentiel de ces derniers, mais elle a également souligné que les réformes hospitalières inspirées du nouveau management public accentuent encore cette tendance en désignant ces patients comme autant d'obstacles sur la voie de la prouesse scientifique ou de la rentabilité financière. Ces deux mouvements de singularisation et d'exclusion des usagers perçus comme roms sont repérables aussi bien au niveau des relations de soin, qu'aux niveaux de la prise en charge aux urgences ou de l'accueil dans les établissements de santé.

Pour la plupart des professionnels interrogés, travailler dans le soin n'est pas anodin, ils s'enorgueillissent souvent des dimensions humaniste et universaliste qui sous-tendent leur activité professionnelle. Pourtant, ces agents du service public constatent quotidiennement l'impact des réformes comme la T2A ou la loi HPST sur les principes d'égalité de traitement et d'accès aux soins. Comment concilient-ils les valeurs fondatrices de leur pratique professionnelle avec les nouvelles exigences de rentabilité et d'efficacité ? A l'instar de François-Xavier Schweyer, nous constatons que les positions des professionnels hospitaliers face à ces changements sont nuancées et variables : *« parmi les agents de la fonction publique hospitalière, l'accueil de tous est à la fois valorisé comme une manifestation du service public qui permet de se démarquer du monde marchand des cliniques privées, et critiqué comme étant une charge souvent indue et une source de désorganisation voire de gaspillage. La solidarité peut représenter une charge, mais elle est vécue comme une fierté, source de reconnaissance. Elle est une valeur hospitalière, l'honneur de l'hôpital public. »*¹⁰⁵⁸ Certains enquêtés conçoivent l'égalité d'accès aux soins de tous les patients au sein des établissements publics comme un principe intangible, incontournable. Ils refusent

¹⁰⁵⁸ François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché », *op. cit.*, p. 735. « Se dessinent peu à peu les contours d'un partage entre des established attachés en pratique à la qualité des soins et des outsiders qui, « galvanisés », « speed », particulièrement sollicités ou sensibles aux injonctions à l'efficacité envoyées par la hiérarchie, deviennent en pratique moins attentifs à cette exigence. » Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, *op. cit.*, p. 286.

de concevoir que les réformes hospitalières puissent le remettre en question au nom de la rentabilité financière. Le docteur Dupetit dit ainsi « refuser » qu'un patient ne soit pas hospitalisé au motif de son défaut de solvabilité: « il a besoin [de soins], il a besoin, c'est comme ça, c'est un être humain, et voilà »¹⁰⁵⁹. D'autres constatent l'influence des réformes hospitalières sur la prise en charge des patients les plus précaires et sur leurs conditions de travail, mais considèrent que ces réformes sont nécessaires. Selon eux, l'activité de soin doit faire l'objet d'une gestion financière optimisée afin de perdurer. Par exemple, le docteur Wartner déclare qu'« on peut pas gérer un hôpital comme une entreprise, mais on ne peut pas le gérer comme une association à but non lucratif ». Selon elle, ces réformes sont nécessaires car « au bout du compte, ceux qui seront pas soignés parce qu'il y aura plus d'argent, ce sera toujours les malades, et [particulièrement] ceux qui n'auront pas d'argent pour se faire soigner ailleurs »¹⁰⁶⁰. La majorité des professionnels que nous avons rencontrés anticipe une telle modification de leurs conditions de travail que leur pratique professionnelle n'aura bientôt plus de sens à leurs yeux¹⁰⁶¹. Par exemple, le professeur Legrand explique supporter « de moins en moins bien les écarts qu'on voit de plus en plus avec les gens qui ont de l'argent, qui ont un accès à la santé, et les gens qui n'ont pas d'argent, qui ont un accès qui devient de plus en plus difficile à la santé ». Pour lui, la santé devrait faire partie des domaines dans lesquels « l'humanisme de base ne devrait pas lâcher »¹⁰⁶². De même, le cadre du service d'oncologie de l'Hôpital public A, « [attend] le jour où on va dire "non, on le prend pas [le patient] parce qu'il a pas de carte de sécurité sociale (...)" »¹⁰⁶³. Enfin, pour certains d'entre eux, le changement a déjà eu lieu et pratiquer le soin dans les conditions imposées par les dernières réformes hospitalières n'a plus le même sens. Ainsi, Laurence, aide-soignante des urgences de l'Hôpital public P, envisage de changer de métier « parce que ça devient de pire en pire » dans le sens où « on prend un peu moins en

¹⁰⁵⁹ Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

¹⁰⁶⁰ Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

¹⁰⁶¹ « *Les préoccupations d'ordre économique, devenues omniprésentes à l'hôpital, obligent à compter, à évaluer les coûts, à se soucier d'efficacité, à se mobiliser pour l'efficience. Les dispositifs de gestion inquiètent parce qu'ils n'appartiennent pas au système de valeurs partagé. La crainte de voir apparaître la "rentabilité" du patient traduit en fait la perte de sens de ce qui constituait une dimension du soin.* » François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché », *op. cit.*, p. 737.

¹⁰⁶² Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

¹⁰⁶³ Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

considération les patients et un peu plus le chiffre »¹⁰⁶⁴. Face à l' « hypocrisie » du système ou « la mauvaise foi de l'institution »¹⁰⁶⁵, ils sont alors quelques-uns à choisir de contourner les règles et d'ignorer les objectifs de rentabilité de l'activité hospitalière afin de rester en accord avec les principes fondateurs de leur pratique professionnelle¹⁰⁶⁶. Parmi eux, le docteur Amanroche, chef du service réanimation de l'Hôpital public G, déclare qu'il lui arrive « de faire des choses un peu hors la loi ou hors institution. Par exemple, un malade n'a pas de quoi payer, on se démerde pour qu'il ne paie pas. Il est impensable de refuser un soin sous prétexte que la personne n'a pas la sécu, ça c'est impensable ! »¹⁰⁶⁷

Ainsi, tout en justifiant par des arguments racialisants le traitement différentiel dont les usagers identifiés comme roms font l'objet lors de leur venue à l'hôpital, la majorité des professionnels que nous avons rencontrés regrettent que le contexte institutionnel dans lequel ils exercent les contraigne à enfreindre leur attachement aux principes d'égalité de traitement et d'accès aux soins. Ils craignent que ces transformations (entendues aussi bien en termes de conditions d'exercice que de valeurs) n'assèchent les fondements de leur vocation professionnelle.

¹⁰⁶⁴ Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

« Lorsque un chef de service ose te dire "j'ai passé mon quota de sans-papiers et je refuse ton patient", alors que c'est un service public, c'est quand même l'hôpital, je trouve que c'est un, ça n'a pas de sens. C'est une hypocrisie la plus complète ! Et c'est de plus en plus hein ! » Dr. Nawel Zaidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

¹⁰⁶⁵ Pierre Bourdieu, *La Misère du monde*, *op. cit.*, p. 377-381.

¹⁰⁶⁶ De telles pratiques de contournement ont pu être observées à plusieurs reprises dans les services enquêtés : des traitements prélevés sur le stock du service et donnés de la main à la main, des patients vus en consultation sans avoir été inscrits administrativement, etc. Contrairement aux idées reçues, ces pratiques ne se retrouvent pas uniquement dans les établissements publics.

¹⁰⁶⁷ Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Pascal Martin, « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires », *op. cit.*, p. 39.

PRUD'HOMME Dorothée | Thèse pour le doctorat en Science politique | 2015

Conclusion

Cette recherche s'est intéressée aux usages et aux conséquences du processus de racialisation mis en œuvre par les professionnels hospitaliers à l'égard des usagers qu'ils identifient comme roms. Comment expliquer l'utilisation routinière de la catégorisation raciale par les agents hospitaliers ? A quoi leur sert-il de distinguer certains patients en fonction de leur appartenance raciale présumée ? Que révèlent ces représentations racialisées à propos de certains patients quant aux difficultés, aux contraintes et aux dysfonctionnements auxquels les professionnels hospitaliers doivent faire face quotidiennement dans le cadre de leur travail ? Quelle influence ces représentations ont-elles sur la relation de soin, la prise en charge des usagers par les services hospitaliers et plus généralement sur le travail institutionnel ? En quoi sont-elles productrices de traitements différentiels envers les usagers ainsi racialisés ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons adopté une approche inductive fondée sur l'articulation entre, d'une part, un long travail d'observation dans des établissements de santé et, d'autre part, le recueil des opinions et représentations de professionnels hospitaliers ; non seulement au sujet des usagers qu'ils identifient comme roms, mais également au sujet de leur conception du patient idéal, de leur travail, de leurs difficultés ou motifs de satisfaction professionnels, de leurs relations avec leurs collègues, etc. L'utilisation du concept de « frontières symboliques »¹⁰⁶⁸ nous a alors permis de constater, avec Michèle Lamont, la superposition des frontières raciales et morales tracées par les enquêtés. Or ces frontières se sont révélées ne pas être fondées sur les mêmes valeurs, ne pas être constituées des mêmes représentations selon les professionnels interrogés. En effet, en fonction de leurs responsabilités professionnelles et des tâches qu'ils

¹⁰⁶⁸ Michèle Lamont et Marcel Fournier, *Cultivating Differences: Symbolic Boundaries and the Making of Inequality*, Chicago, University of Chicago Press, 1992 ; Michèle Lamont, *La morale et l'argent: Les valeurs des cadres en France et aux Etats-Unis*, Paris, Métailié, 1995, 318 p ; Michèle Lamont, *La dignité des travailleurs: exclusion, race, classe et immigration en France et aux États-Unis*, Presses de Sciences Po, 2002, 383 p.

doivent accomplir au cours de leur journée de travail¹⁰⁶⁹, les agents hospitaliers ont des conceptions différentes de la façon dont les « Roms » sont de « mauvais patients ». Ainsi, la mise au jour des frontières raciales et morales que ces professionnels tracent au sujet des patients qu'ils identifient comme roms nous a permis d'étudier les frontières professionnelles qu'ils dessinent entre eux, et la division du travail qui en découle.

Nous avons ainsi constaté que le processus de racialisation mis en œuvre par les agents d'accueil à l'égard des usagers qu'ils identifient comme roms est fondé sur la valeur d'honnêteté. Leur perception de ces usagers comme des étrangers cherchant à abuser du système de santé français leur offre l'opportunité de se poser en défenseur de l'institution hospitalière. Ce faisant, ils revalorisent leur position professionnelle subalterne et se démarquent de ces usagers dont ils partagent parfois la fragilité sociale. Les infirmiers d'accueil et d'orientation considèrent quant à eux que c'est l'indiscipline des patients présumés roms qui en fait de « mauvais patients ». Or, l'analyse des situations dans lesquelles ces professionnels considèrent que les patients présumés roms contournent leur autorité ou s'adressent au service des urgences pour des usages « non prévus », révèle avant tout leur manque d'autonomie professionnelle et la définition de leurs missions par défaut. Ensuite, nous avons vu que la frontière morale tracée, par les médecins, à l'égard des patients perçus comme roms se fonde sur la valeur de soumission du patient. L'infantilisation et la racialisation de leur comportement « actif » au cours de la consultation médicale permet à ces praticiens de sauver la face et de tenir à distance ces patients dont la prise en charge constitue à leurs yeux un « sale boulot ». Enfin, l'ensemble des professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés s'appuie sur la valeur de civilité pour juger « inapproprié » et « envahissant » le comportement des « familles roms » à l'hôpital. Cette représentation met en lumière le processus de délégation en cascade du « sale boulot », que constitue l'encadrement et la gestion des accompagnants présumés roms, parmi les professionnels hospitaliers. Alors que les médecins et certains

¹⁰⁶⁹ La pertinence des variables de genre, de nationalité ou d'« origine » revendiquée des enquêtés n'a pu être démontrée dans ce travail. En revanche, la variable de l'âge, à mettre en lien avec la trajectoire, la formation et l'expérience professionnelles, a souvent constitué un critère explicatif complémentaire de la position professionnelle des enquêtés.

jeunes infirmiers se réfugient dans une définition technicienne de leur métier pour échapper à cette tâche qu'ils jugent éloignée de leur cœur de métier, les infirmières relationnelles et les aides-soignantes y voient une occasion de valoriser leur position professionnelle en s'arrogeant une mission d'« éducation » de ces usagers perçus comme ignorants des convenances dans la société majoritaire.

Tableau 8: Valeurs mobilisées et usages de la racialisation par catégorie de professionnels

Professionnels	Valeurs invoquées	Usages professionnels de la racialisation
Agents d'accueil	Honnêteté	Revalorisation professionnelle
Infirmiers	Discipline	Refus des tâches éloignées du rôle propre
Médecins	Soumission	Evitement du relationnel
Tous	Civilité	Délégation du "sale boulot"

La première partie de cette thèse a ainsi permis de confirmer que l'usage, par les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés, du processus de racialisation à l'égard de certains usagers n'est ni irrationnel, ni accidentel. Il leur sert non seulement à expliquer le comportement déviant de ces usagers, mais également à se dédouaner de toute responsabilité quant aux dysfonctionnements organisationnels et institutionnels qu'ils constatent quotidiennement, en en faisant porter la faute sur ces usagers racialisés. En outre, le processus de racialisation des usagers offre aux enquêtés l'opportunité de redéfinir leurs missions professionnelles, de valoriser leur profession ou d'éviter les tâches qu'ils ne souhaitent pas assumer. En ce sens, le processus de racialisation des usagers est révélateur des frontières professionnelles que les différentes catégories d'agents institutionnels tracent entre eux. L'analyse des représentations racialisantes que les professionnels hospitaliers ont au sujet des patients présumés roms nous a ainsi permis de mettre à bas le *« mythe populaire (en partie généré par des écrits sociologiques) selon lequel les personnes engagées dans les professions de service, en particulier dans les soins médicaux, n'autoriseraient pas le concept de mérite ou valeur, généralement accepté dans notre culture, à affecter leur relation avec leur clientèle. »*¹⁰⁷⁰

¹⁰⁷⁰ Julius A. Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, mars 1972, vol. 77, n° 5, p. 841.

Dans la seconde partie de cette thèse, nous avons alors analysé les conséquences de ce processus de racialisation sur la prise en charge concrète des usagers concernés. Adoptant l'hypothèse proposée par Anthony Giddens d'un structurel à la fois habilitant et contraignant¹⁰⁷¹, nous avons alors mis en évidence le fait que ces représentations racialisantes, alliées aux contraintes institutionnelles croissantes qu'imposent les réformes hospitalières inspirées du nouveau management public, provoquent le traitement différentiel des usagers présumés roms. Cette atteinte au principe d'égalité de traitement, pourtant fondateur de la République en France, est manifeste aussi bien dans le cadre de la relation de soin qui s'établit entre agents et usagers, qu'à l'échelle du service de soin ou de l'établissement dans son intégralité.

Ainsi, nous avons démontré au travers de trois exemples (la « barrière de la langue », la prise en charge des « femmes roms » dans le service de gynécobstétrique de l'Hôpital public L et la gestion des « familles roms » en cas d'hospitalisation ou de décès d'un de leurs proches) que ce que les professionnels rencontrés appellent l'« adaptation » de la relation de soin aux différences « culturelles » du patient a le plus souvent pour corollaire des pratiques professionnelles discriminatoires. En effet, dans la plupart des cas, l'imprécision qui entoure la notion d'« adaptation » autorise la mise en œuvre de pratiques professionnelles différentielles, fondées sur les représentations racialisées que les agents institutionnels ont au sujet des patients qu'ils prennent en charge. Puis, nous avons constaté que ces représentations racialisantes ont également des conséquences perceptibles à l'échelle du service de soin. L'exemple des services d'urgences montre ainsi que la racialisation des patients présumés roms offre, aux professionnels qui y travaillent, la possibilité de délégitimer la venue aux urgences de ces patients précaires à faible « valeur mobilisatrice »¹⁰⁷². En présentant les patients présumés roms comme « culturellement » rétifs aux soins, les

¹⁰⁷¹ « Le côté répétitif des activités qui sont entreprises jour après jour est le fondement de ce que j'appelle la nature récursive de la vie sociale, et par nature récursive, je veux indiquer que les propriétés structurées de l'activité sociale – via la dualité du structurel – sont constamment récréées à partir des ressources mêmes qui sont constitutives de ces propriétés. » Anthony Giddens, *La Constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses universitaires de France, 1987, p. 33.

¹⁰⁷² Agnès Camus et Nicolas Dodier, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histories, Sciences sociales*, 1997, vol. 52, n° 4, p. 733-763.

professionnels des urgences masquent la problématique sociale à laquelle les services d'urgences sont globalement confrontés. L'adoption, par les professionnels urgentistes, d'une conception du soin tournée vers la performance technique et les « vraies urgences » – et non vers l'accueil de tous sans distinction – renforce alors, sur le long terme, les inégalités de santé dont souffrent les plus démunis, parmi lesquels les patients présumés roms. Ce processus progressif de désintérêt de l'hôpital pour les patients les plus démunis est d'autant plus visible à l'échelle de l'établissement. Nous démontrons ainsi que les nouveaux objectifs de rentabilité et de performance, imposés aux établissements de santé français par le biais de réformes hospitalières inspirées du nouveau management public depuis la fin des années 1990, impactent fortement les conditions de travail et les modalités d'accomplissement de leurs missions professionnelles des personnels hospitaliers. Or, dans ce contexte de contraintes institutionnelles, la racialisation des usagers se révèle être un outil de sélection des usagers en fonction de leur rentabilité potentielle particulièrement performant, et donc de refus de certains d'entre eux à l'entrée des services ou des établissements de santé¹⁰⁷³. Tout en déplorant ces atteintes flagrantes au principe d'égalité d'accès aux soins, certains professionnels interrogés désignent alors le milieu associatif comme une alternative légitime à la prise en charge hospitalière des patients présumés roms.

Nous avons donc constaté, comme le suggère Vincent Dubois¹⁰⁷⁴, « *la réalisation d'objectifs [définis par les tutelles institutionnelles] qui ne sont pas nécessairement affichés comme tels* »¹⁰⁷⁵, à savoir ici le tri des patients en fonction de leur rentabilité financière potentielle. Les frontières raciales et morales que les professionnels hospitaliers, toutes catégories professionnelles confondues, tracent autour des patients qu'ils identifient comme roms ont une influence indéniable sur la façon dont ils prennent en charge ces patients. La catégorisation raciale ne peut être conçue comme un simple outil de tri des patients ou d'anticipation de la charge de travail au service des agents institutionnels, elle induit des traitements

¹⁰⁷³ Comme nous l'avons vu, seul le coordinateur des urgences de la Clinique privée E a une conception différente de la rentabilité potentielle des patients présumés roms qui l'incite « paradoxalement » à fidéliser cette patientèle.

¹⁰⁷⁴ Vincent Dubois, « Le rôle des street-level bureaucrates dans la conduite de l'action publique en France », *HAL*, p. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00660673> (consulté le 07/04/2015).

¹⁰⁷⁵ *Ibid.*, p. 6.

différentiels discriminatoires à l'égard des usagers. La pratique professionnelle des membres des équipes de soin, contrainte par les réformes du nouveau management public et guidée par des représentations racialisantes de certains patients, produit une politique publique en contradiction avec les valeurs et principes qui fondent l'institution hospitalière. Or « *l'institution (...) est le lieu même de production de l'Etat* »¹⁰⁷⁶ ; ici, d'un Etat qui fait passer des objectifs d'« efficacité » comptable avant l'égalité de traitement et d'accès aux soins des usagers.

1. Apports et limites

Le travail présenté ici apporte ainsi, selon nous, une nouvelle pierre à l'étude de la relation de guichet, en donnant à voir non seulement l'influence des représentations racialisantes des agents institutionnels sur leurs interactions avec les usagers, mais également la façon dont ils utilisent le critère de l'appartenance raciale présumée des usagers pour négocier leur place dans l'institution. Il contribue à prolonger et compléter les recherches qui proposent une analyse utilitariste du phénomène de racialisation en mettant en évidence la superposition de frontières raciales, morales et professionnelles¹⁰⁷⁷. Notre recherche propose une étude des stratégies déployées par les différentes catégories de professionnels hospitaliers pour défendre leur position dans la hiérarchie hospitalière en s'appuyant sur la catégorisation raciale des usagers. Ce faisant, elle aborde la sociologie des professions sous un angle inédit. Cette analyse alliant les représentations personnelles des enquêtés, les contraintes institutionnelles spécifiques à l'hôpital et le contexte politique et médiatique français démontre, en

¹⁰⁷⁶ Didier Fassin, Yasmine Bouagga, Isabelle Coutant, Jean-Sébastien Eidelman, Fabrice Fernandez, Nicolas Fischer, Carolina Kobelinsky, Chowra Makaremi, Sarah Mazouz, et Sébastien Roux, *Juger, réprimer, accompagner: Essai sur la morale de l'Etat*, Paris, Seuil, 2013, p. 19.

¹⁰⁷⁷ Voir par exemple : Régis Cortéséro, Sylvain Kerbourec'h, David Mélo, et Alexandra Poli, « Recruteurs sous tensions. Discrimination et diversité au prisme de registres argumentaires enchevêtrés », *Sociologie du Travail*, octobre 2013, vol. 55, n° 4, p. 431-453 ; Nicolas Jounin, « L'ethnisation en chantiers. Reconstructions des statuts par l'ethnie en milieu de travail », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 décembre 2004, vol. 20, n° 3, p. 103-126 ; Christian Rinaudo, « L'imputation de caractéristiques ethniques dans l'encadrement de la vie scolaire », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 1998, vol. 14, p. 27-43 ; Alexis Spire, *Etrangers à la carte*, Paris, Grasset, 2005, 403 p.

effet, l'existence d'un *color-blind racism*¹⁰⁷⁸ à la française soutenu par le renforcement mutuel de ces trois composantes. Cette recherche participe également à enrichir le champ des travaux consacrés aux effets des réformes inspirées du nouveau management public sur la prise en charge du public, mais également sur le travail et le positionnement des agents institutionnels. L'étude du cas des patients présumés roms permet en effet de mettre en évidence des pratiques d'exclusion touchant les usagers les plus précaires et les plus marginaux, pratiques rarement documentées par les travaux de sociologie de la santé. La confrontation des discours racialisants des enquêtés à la réalité de leurs routines professionnelles révèle les justifications morales qui les autorisent à exercer leur métier dans des conditions toujours plus contraintes, les éloignant de leur idéal vocationnel. Enfin, ce travail confirme l'existence de traitements différentiels, au motif de la race présumée de l'usager, au sein des institutions de santé françaises et les inégalités sociales de santé qui en découlent.

Les choix méthodologiques qui ont présidé à l'élaboration de cette recherche déterminent bien entendu le périmètre des résultats obtenus. Tout d'abord, la conduite de soixante-quatorze entretiens qualitatifs avec des enquêtés exerçant des métiers différents n'offre pas une image exhaustive des perceptions et représentations portées par tous les professionnels hospitaliers : certaines catégories professionnelles sont absentes du panel (par exemple, aucun brancardier rencontré n'a accepté l'exercice de l'entretien formel), d'autres comptent peu de représentants¹⁰⁷⁹. D'autre part, les spécificités de la patientèle reçue dans les établissements enquêtés (souvent précaire, parfois étrangère, fréquemment bénéficiaire de la CMU ou de l'AME) ont évidemment impacté les résultats obtenus. Les professionnels que nous avons rencontrés sont habitués à recevoir une telle patientèle, ils ont développé des savoir-faire en lien avec la fréquence de ces situations de travail particulières. L'effet de routine était ici recherché. Il n'en reste pas moins que le même dispositif appliqué à un établissement situé dans un quartier plus bourgeois de la capitale, dans une ville de province ou sur un

¹⁰⁷⁸ Eduardo Bonilla-Silva, *Racism without Racists: Color-Blind Racism and the Persistence of Racial Inequality in America*, 3rd ed., Lanham, Rowman & Littlefield Publishers, 2010, 301 p.

¹⁰⁷⁹ Sur la répartition des enquêtés par catégories professionnelles et par services, voir tableaux p.594.

territoire rural, fournirait certainement des résultats différents. L'image produite ici est donc spécifique à certains établissements de la région Ile-de-France. L'absence de données systématiques concernant les opinions politiques et pratiques de vote des enquêtés constitue un point aveugle de cette recherche. Les quelques éléments recueillis (souvent lors de conversations informelles) reflètent l'obligation de neutralité et l'interdiction de manifester ses opinions (notamment politiques) auxquelles sont soumis les fonctionnaires durant leurs heures de travail¹⁰⁸⁰ : seul un enquêté a déclaré être adhérent d'un syndicat (CGT) ; malgré la tenue de plusieurs élections¹⁰⁸¹ au cours de la période de réalisation de l'enquête de terrain, ce sujet de conversation n'a pu être qu'exceptionnellement abordé avec les enquêtés, y compris lors d'échanges informels ; l'opposition globale des professionnels interrogés aux contraintes que les dernières réformes hospitalières font peser sur leur pratique professionnelle n'a suscité, de leur part, que de rares commentaires d'ordre politique. Pourtant, ces éléments ne permettent pas d'en conclure que ces enquêtés ne sont pas porteurs d'opinions politiques ou qu'ils ne votent pas. Ils permettent uniquement de constater que les questions politiques ne font pas partie de leurs sujets de discussions habituels – par devoir professionnel, par désintérêt ou par discrétion sur des sujets jugés personnels. Le recueil de données sur cette thématique par le biais d'un questionnaire anonyme aurait peut-être permis de surmonter les préventions de certains d'entre eux, fournissant ainsi un éclairage additionnel intéressant aux résultats de cette recherche.

La présentation des apports et limites de cette recherche appelle alors la formulation de questionnements et d'hypothèses complémentaires de trois ordres. En premier lieu, qu'en est-il des patients identifiés comme roms ? Le processus de racialisation dont ils sont victimes les réduit-il à l'impuissance ? Comment

¹⁰⁸⁰ « L'obligation de neutralité : le fonctionnaire doit assurer ses fonctions à l'égard de tous les administrés dans les mêmes conditions, quels que soient leurs opinions religieuses ou politiques, leur origine, leur sexe, et doit s'abstenir de manifester ses opinions. » *Quels sont les devoirs des fonctionnaires? - Quels sont les acteurs de l'administration? Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr*, <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/administration/acteurs/quels-sont-devoirs-fonctionnaires.html>, consulté le 25 mai 2015.

¹⁰⁸¹ 2009 : élections européennes, 2010 : élections régionales, 2012, élections présidentielles et législatives.

négocient-ils leur place dans cette relation de guichet particulière qu'est la relation thérapeutique ?

D'autre part, qu'advient-il des représentations racialisantes que les professionnels hospitaliers nourrissent au sujet des patients présumés roms lorsqu'ils retirent leur blouse ? Quels citoyens ces professionnels deviennent-ils en dehors de l'hôpital ? Leurs expériences professionnelles ont-elles une influence sur leurs opinions politiques, leurs attitudes politiques et leurs votes ?

Enfin, les résultats recueillis dans le cadre de cette recherche sont-ils spécifiques au milieu hospitalier ? Les représentations des agents institutionnels au sujet des patients présumés roms sont-elles comparables dans d'autres institutions ? Quelle place le processus de racialisation des usagers y a-t-il ?

2. La place des patients présumés roms dans la division du travail hospitalier

Suivant la théorie du travail du patient développée par Anselm Strauss¹⁰⁸², nous avons considéré tout au long de cette analyse que le patient participe à la réalisation du travail hospitalier, bien que les tâches qu'il exécute soient bien souvent ignorées ou tenues pour acquises par le personnel hospitalier. Nous avons ainsi mis en lumière le fait que les patients présumés roms sont désignés comme de « mauvais patients » par les enquêtés – toutes catégories professionnelles confondues – précisément parce qu'ils ne réaliseraient pas ou mal les tâches qui leur incombent dans la division du travail hospitalier. Ils refuseraient de fournir les documents d'identité nécessaires à leur enregistrement administratif par les agents d'accueil. Ils contourneraient les injonctions des infirmiers d'accueil et d'orientation relatives à leur ordre de passage aux urgences, quitteraient le service avant la fin de leur prise en charge. Ils chercheraient à se faire héberger aux urgences, détournant ainsi le service de soin de sa fonction première. Ils réclameraient des prescriptions et examens complémentaires aux médecins et feraient preuve d'agressivité à leur égard au lieu de se soumettre à leur autorité.

¹⁰⁸² Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek, et Carolyn Wiener, « The work of hospitalized patients », in *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers., New Brunswick, NJ, 1997, p. 191-209.

Pour la grande majorité des professionnels interrogés, les usagers présumés roms ne feraient donc pas correctement leur travail de patient, ce qui serait une source de grande frustration professionnelle pour les enquêtés : les agents d'accueil ont le sentiment de réaliser un « mauvais travail » lors de leur enregistrement administratif, les infirmiers d'accueil et d'orientation considèrent que les patients présumés roms ne respectent pas leurs injonctions professionnelles et les médecins se disent contraints, lors des consultations médicales, par l'agressivité et la violence dont ces patients feraient preuve à leur égard.

Il est remarquable que ces enquêtés ne se posent jamais la question du travail des patients qu'ils identifient comme roms. Absorbés par leurs représentations racialisantes, la majorité des enquêtés n'interprète pas ces comportements comme l'expression de la volonté de ces patients. Comme le remarque Didier Fassin, « *le culturalisme élude les explications alternatives des pratiques.* »¹⁰⁸³ Or, en délaissant ce « *regard ethnocentrique et culturaliste* »¹⁰⁸⁴, le comportement des patients identifiés comme roms à l'hôpital peut aisément être considéré comme le résultat de choix rationnels et informés visant à négocier leur place dans la relation de soin : nous avançons que l'indiscipline, l'insistance, voire l'agressivité dont les professionnels hospitaliers les accusent pourraient constituer autant d'outils dont se serviraient ces usagers pour réduire l'asymétrie de la relation de soins. Car, en effet, les usagers ne sont pas totalement démunis face au pouvoir des *street-level bureaucrats*¹⁰⁸⁵. Un premier prolongement possible du travail présenté ici pourrait alors consister à interroger les patients présumés roms au sujet de l'institution hospitalière et des professionnels qui y travaillent. Après avoir comparé les discours des professionnels hospitaliers à leurs pratiques quotidiennes, il serait instructif de confronter ces mêmes discours au sujet des patients à ceux des patients en question. En interrogeant ces derniers sur leurs motifs de recours, la façon dont ils sont accueillis dans l'institution, leurs perceptions du rôle qui leur

¹⁰⁸³ Didier Fassin, « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 8.

¹⁰⁸⁴ Laurence Kotobi, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 63.

¹⁰⁸⁵ Michael Lipsky, *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation, 1980, p. 57-59. Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien: les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006, p. 82-93.

revient au cours de la relation de soin, les moyens à leur disposition pour obtenir satisfaction, etc., nous pourrions alors les constituer en acteurs de cette interaction. Nicolas Belorgey remarque que « *nombre de soignants restent persuadés que les patients demeurent généralement dépourvus de compétences médicales, et récusent donc l'image d'un consommateur de soins éclairé, promue par les pouvoirs publics* »¹⁰⁸⁶. Une enquête focalisée spécifiquement sur les patients¹⁰⁸⁷ permettrait de confronter les interprétations culturalisantes des professionnels hospitaliers aux motivations présentées par les usagers identifiés comme roms pour justifier de leur comportement « déviant » à l'hôpital.

3. Des pratiques professionnelles aux comportements citoyens

D'autre part, les résultats de cette recherche doctorale confirment l'hypothèse selon laquelle le recours à la catégorisation des usagers selon des critères raciaux, par les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés, ne repose pas principalement sur leurs convictions idéologiques personnelles. Nous avons vu que, si les justifications que les enquêtés fournissent aux comportements « déviants » des usagers qu'ils identifient comme roms reposent fréquemment sur des arguments ouvertement racistes, c'est que cette référence est disponible dans le système social racialisé que constitue l'hôpital français¹⁰⁸⁸. Toutefois, de la même façon que les professionnels hospitaliers ne sont pas des agents institutionnels neutres et désincarnés, les individus qui endossent ces rôles de *street-level bureaucrats* ne laissent pas leurs expériences professionnelles au vestiaire avant de rentrer chez eux. Suivant la proposition d'Everett Hughes selon laquelle la conception que chacun se fait de son travail joue un rôle essentiel dans le processus d'identification sociale¹⁰⁸⁹, nous suggérons que la façon dont les

¹⁰⁸⁶ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, Paris, 2010, p. 210.

¹⁰⁸⁷ A propos des difficultés et apports d'une telle démarche, voir : Dorothée Prud'homme et Christophe Bertossi, *La « diversité » à l'hôpital. Identités sociales et discriminations raciales dans une institution française*, Paris, Centre Migrations et Citoyennetés, Ifri, 2011.

¹⁰⁸⁸ Eduardo Bonilla-Silva, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, Boulder, Colo., L. Rienner, 2001.

¹⁰⁸⁹ Everett Hughes, « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1996, vol. 115, n° 1, p. 97.

professionnels hospitaliers – et plus généralement les agents institutionnels – perçoivent les usagers qu’ils reçoivent, la façon dont ces interactions se déroulent, la place qu’ils parviennent à y négocier pour eux-mêmes, les difficultés ou motifs de satisfaction qu’ils en retirent, influencent la perception qu’ils ont d’eux-mêmes en tant qu’individus et en tant que citoyens. Les expériences professionnelles, les pratiques routinières, les contraintes institutionnelles deviennent alors autant de vecteurs de la socialisation politique secondaire¹⁰⁹⁰. En quoi le fait de recevoir jour après jour des usagers qu’ils perçoivent comme malhonnêtes, profiteurs, indisciplinés, insoumis, agressifs et de devoir malgré tout mener à bien leur mission de service public auprès d’eux, influence-t-il personnellement les professionnels hospitaliers que nous avons rencontrés ? Quel impact l’utilisation quotidienne du processus de racialisation dans le cadre de leur pratique professionnelle peut-il avoir sur leur socialisation politique¹⁰⁹¹ ? Les représentations racialisantes qu’ils nourrissent au sujet de certains usagers favorisent-elles, par exemple, leur sensibilisation à la thématique sécuritaire et xénophobe qui constitue, encore aujourd’hui, la base des programmes électoraux d’extrême-droite en France¹⁰⁹² ? En adoptant la démarche proposée par Daniel Gaxie, nous pourrions « *repérer ce que l’appréhension de certaines dimensions du politique dans un contexte déterminé doit aux valorisations positives ou négatives, donc à la vision ou aux visions du monde tant qu’elles sont le produit d’une certaine expérience de ce monde résultant d’un processus de socialisation* »¹⁰⁹³. En effet, un second prolongement possible de ce travail doctoral pourrait consister à explorer de quelle façon la pratique professionnelle hospitalière participe de la socialisation politique de ces agents institutionnels. En interrogeant ces enquêtés sur leurs convictions politiques et leurs pratiques de vote, il serait alors possible

¹⁰⁹⁰ Daniel Gaxie, « Appréhensions du politique et mobilisations des expériences sociales », *Revue française de science politique*, 2002, vol. 52, n° 2, p. 148.

¹⁰⁹¹ « Dimension de la socialisation politique », *Revue française de science politique*, 2002, vol. 52, n° 2, p. 123-249. Anne Muxel, « La participation politique des jeunes soubresauts, fractures et ajustements », *Revue française de science politique*, 2002, vol. 52, n° 5, p. 521-544. Annick Percheron, *La socialisation politique*, Paris, Colin, 1993, 226 p.

¹⁰⁹² Nonna Mayer, « Les hauts et les bas du vote Le Pen 2002 », *Revue française de science politique*, 2002, vol. 52, n° 5, p. 505-520. Nonna Mayer, *Ces Français qui votent Le Pen*, Flammarion, 2002, 488 p. Sylvain Crépon, *Enquête au cœur du nouveau Front national*, Paris, Nouveau Monde éditions, 2012, 302 p.

¹⁰⁹³ Daniel Gaxie, « Appréhensions du politique et mobilisations des expériences sociales », *op. cit.*, p. 149.

d'établir (ou non) un lien entre leurs expériences et pratiques professionnelles (telles que l'usage du processus de racialisation à l'égard de certains usagers et les traitements différentiels qui en découlent) d'une part, et leurs attitudes, leurs opinions politiques et leurs votes de l'autre. Après avoir établi que l'usage de représentations racialisées produit des traitements différentiels, nous pourrions alors déterminer si ces mêmes représentations racialisées influencent plus généralement la vision du monde des citoyens que sont également les professionnels hospitaliers.

4. La racialisation des usagers, un processus institutionnel généralisé et comparable ?

Enfin, cette recherche doctorale a permis de mettre en lumière la place et les usages du processus de racialisation dans la relation de soin qui se noue entre différentes catégories de professionnels hospitaliers et les patients qu'ils identifient comme roms. Les spécificités d'une relation de guichet qui a pour enjeu la santé de l'utilisateur impriment indéniablement les résultats obtenus. L'hôpital n'est pas n'importe quelle institution et les professionnels hospitaliers sont des agents institutionnels particuliers. Les valeurs, les principes, les enjeux spécifiques aux missions menées dans ce cadre impactent le travail de ces agents, la prise en charge de ces usagers et les modalités de déroulement de cette relation de guichet. Or, comme quelques travaux l'ont déjà démontré, l'usage du processus de racialisation des usagers n'est pas spécifique au domaine de la santé. D'autres institutions telles que l'école, la prison, la justice, les caisses d'allocations familiales, la police connaissent des pratiques similaires¹⁰⁹⁴.

Dans le cadre du travail présenté ici, nous avons démontré une forte corrélation entre les tâches réalisées par les agents enquêtés et les valeurs sur lesquelles ils

¹⁰⁹⁴ Voir par exemple : Alexis Spire, *Etrangers à la carte*, op. cit. Guillaume Malochet, « À l'école de la détention: quelques aspects de la socialisation professionnelle des surveillants de prison », *Sociologie du Travail*, avril 2004, vol. 46, n° 2, p. 168-186. Didier Fassin, Yasmine Bouagga, Isabelle Coutant, Jean-Sébastien Eidelman, Fabrice Fernandez, Nicolas Fischer, Carolina Kobelinsky, Chowra Makaremi, Sarah Mazouz, et Sébastien Roux, *Juger, réprimer, accompagner*, op. cit. Le Collectif Onze, *Au tribunal des couples: Enquête sur des affaires familiales*, Odile Jacob, 2013, 300 p. Christian Rinaudo, « L'imputation de caractéristiques ethniques dans l'encadrement de la vie scolaire », op. cit. Mireille Eberhard, « Catégorisations ethno-raciales au guichet », *Les cahiers du CERIEP*, Déc 2001, n° 8, p. 35-51.

font reposer le processus de racialisation mis en œuvre à l'égard de certains patients. Trois types de questionnements s'imposent alors : retrouverait-on le même mécanisme de construction d'une triple frontière raciale, morale et professionnelle de la part de professionnels travaillant dans d'autres institutions ? Ces frontières reposeraient-elles sur des valeurs similaires ? Les représentations portées par les agents institutionnels engendreraient-elles également des traitements différentiels ?

L'application de la méthodologie d'enquête développée ici à d'autres institutions permettrait une montée en généralité enrichissante des résultats de cette recherche. En interrogeant des instituteurs ou des policiers au sujet d'élèves ou de prévenus qu'ils identifient comme roms, nous pourrions comparer les représentations qu'ils nourrissent au sujet de cette population à celles déjà collectées des professionnels hospitaliers. Des représentations similaires indiqueraient une forte prégnance des discours publics sur la construction des frontières morales autour de ce groupe. Des représentations différentes permettraient de déceler la spécificité des missions et valeurs de chaque métier et de chaque type d'institutions. La prolongation de cette enquête dans d'autres institutions autoriserait également la mise au jour des usages du processus de racialisation par les professionnels interrogés et de leurs conséquences sur la prise en charge des usagers concernés. Cette analyse mettrait-elle en évidence des usages similaires à ceux des professionnels hospitaliers : la racialisation des usagers présumés roms permet-elle aux juges l'évitement de tâches qu'ils jugent dévalorisantes ou en dehors de leur domaine de compétence ? Constitue-t-elle un vecteur de valorisation professionnelle pour les agents de guichet des Caisses d'allocations familiales ? Cette étude des usages de la racialisation par d'autres agents institutionnels pourrait également révéler de nouveaux usages spécifiques à certaines catégories de professionnels ou à certaines institutions. Enfin, un tel travail comparatif permettrait de questionner plus globalement le lien entre représentations racialisantes et traitements différentiels et, ce faisant, confirmer ou infirmer l'existence d'un « système social racialisé » français dont l'aveuglement républicain ne fait que renforcer les inégalités.

Sources et bibliographie

Sources

Entretiens

Tableau 9 : Entretiens exploratoires

Pseudonyme	Sexe	Age	Fonction	Service	Date	Durée	Lieu
Pierre Rollin	H	~40	Délégué national, fédération hospitalière	Direction	28/04/09	3h00	bureau
Prof. Luc Legoff	H	~65	Gynécologue	Retraité	06/05/09	1h30	café
Samuel Reynier	H	~40	Directeur de cabinet, fédération hospitalière	Direction	15/05/09	1h30	bureau
Pierre-Alain Brustlein	H	~60	Directeur d'hôpital public	Direction	03/09/09	2h30	bureau
Thérèse Dumonteil	F	~60	Cadre supérieure, resp. chambre mortuaire	Retraîtée	04/09/09	2h00	bureau
Jean-Marie Atier	H	~55	Directeur, hôpital public G	Direction	09/09/09	1h30	bureau
Anne Fournier	F	~45	Cadre médico-social	Service social	10/09/09	3h30	bureau
Camille Boissieu	F	32	Elève-directeur d'hôpital	Direction	19/01/15	1h20	domicile

Tableau 10 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public L

Pseudonyme	Sexe	Age	Fonction	Service	Date	Durée	Lieu
Bertille	F	25	Infirmière diplômée d'Etat	Urgences	04/04/12	1h15	salle de chirurgie
Corinne	F	49	Agent administratif	Urgences	05/04/12	37 mn	bureau
Cécile	F	25	Infirmière diplômée d'Etat	Urgences	05/04/12	45 mn	box ORL
Guilaine	F	60	Agent administratif	Urgences	07/04/12	82 mn	bureau
Latifa	F	35	Infirmière diplômée d'Etat	Urgences	08/04/12	1h30	box ORL
Florent	H	24	Infirmier diplômé d'Etat	Urgences	11/04/12	30 mn	box ORL
Gilles	H	43	Infirmier diplômé d'Etat	Urgences	11/04/12	1h00	box ORL
Bruno Mallem	H	58	Médecin généraliste	Urgences	11/04/12	1h35	bureau
Jeanine	F	40	Infirmière diplômée d'Etat	Urgences	12/04/12	46 mn	box ORL
Charlotte	F	22	Elève infirmière diplômée d'Etat (3ème année)	Urgences	12/04/12	1h10	salle d'isolement
Fabienne	F	32	Infirmière diplômée d'Etat	Urgences	13/04/12	1h40	box ORL
Stéphanie Dupetit	F	29	Médecin généraliste	Urgences	16/04/12	1h05	salle des internes
Zoé Denis	F	44	Cadre de service	Urgences	18/04/12	58 mn	bureau
Claire Moreau	F	28	Médecin généraliste	Urgences	18/04/12	1h13	salle des internes
Paola	F	27	Aide-soignante	Urgences	25/04/12	1h33	salle de repos
Carl	H	28	Interne de médecine générale	Urgences	25/04/12	47 mn	box ORL
Khaled Bouzidi	H	42	Médecin généraliste	Urgences	25/04/12	1h10	bureau
Rosina	F	32	Assistante sociale	Urgences	27/04/12	1h21	bureau
Nawel Zaidi	F	42	Médecin généraliste	Urgences	27/04/12	1h37	salle des internes
Mme Lemoine	F	64	Directrice du service des soins infirmiers	Direction	16/05/12	45 mn	bureau
Daphné Leroy	F	38	Médecin généraliste	Urgences	25/05/12	56 mn	salle des internes
Sylvie	F	42	Aide-soignante	Gynéco-obstétrique	26/05/12	50 mn	salle de repos
Emilie	F	26	Infirmière diplômée d'Etat	Gynéco-obstétrique	26/05/12	45 mn	box gynécologie
Halima Younes	F	40	Médecin généraliste	Urgences	27/05/12	22 mn	salle des internes
Ania	F	55	Aide-soignante	Gynéco-obstétrique	30/05/12	1h45	salle de repos
Pauline	F	26	Interne de gynéco-obstétrique	Gynéco-obstétrique	30/05/12	55 mn	extérieur du service
Anne-Marie Renard	F	52	Sage-femme, cadre supérieure	Gynéco-obstétrique	27/06/12	1h10	bureau
Julia Montiverdi	F	27	Interne de médecine générale	urgences	27/06/12	2h00	café
Myriam	F	28	Interne de médecine générale	Gynéco-obstétrique	02/07/12	1h10	box gynécologie
Océane	F	27	Auxiliaire de puériculture	Gynéco-obstétrique	05/07/12	62 mn	accueil service
Clarisse	F	49	Infirmière diplômée d'Etat	Gynéco-obstétrique	05/07/12	36 mn	salle de repos
Ingrid	F	33	Assistante sociale	Gynéco-obstétrique	06/07/12	42 mn	bureau
Mathilde	F	42	Infirmière diplômée d'Etat	Gynéco-obstétrique	06/07/12	25 mn	accueil service

Tableau 11 : Entretiens réalisés à la Clinique privée E

Pseudonyme	Sexe	Age	Fonction	Service	Date	Durée	Lieu
M. Guillet	H	~55	Chirurgien, chef de service	Chirurgie	31/05/10	39 mn	bureau
M. Gherbi	H	44	Directeur adjoint	Direction	31/05/10	1h16	bureau
M. Diop	H	~40	Directeur des ressources humaines	Direction	31/05/10	1h52	bureau
Eugénie	F	46	Agent d'accueil	Urgences	16/06/10	2h00	salle de repos
Mathieu Dubet	H	30	Cadre de service	Urgences	16/06/10	2h49	bureau
Nolwen	F	25	Infirmière diplômée d'Etat	Urgences	16/06/10	1h02	salle de repos
Julien Panh	H	38	Médecin généraliste, coordinateur du service	Urgences	17/06/10	1h56	bureau
Yazid	H	42	Aide-soignant	Urgences	24/06/10	1h00	salle de repos
Martine Renaud	F	40	Cadre de service	SSR	24/06/10	97 mn	bureau
Donia	F	25	Infirmière diplômée d'Etat	Chirurgie	24/06/10	39 mn	salle de repos
Djamila	F	37	Aide-soignante	Chirurgie	29/06/10	57 mn	salle de repos
Mme Costa	F	~40	Sage-femme	Gynéco-obstétrique	09/07/10	42 mn	bureau

Tableau 12 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public G

Pseudonyme	Sexe	Age	Fonction	Service	Date	Durée	Lieu
Clotilde	F	27	Agent administratif, hôtesse accueil	Urgences	10/02/10	1h06	salle d'isolement
Damien Roger	H	45	Médecin généraliste	Urgences + SMUR	10/02/10	4h00	salle de réunion
Emmanuelle	F	30	Infirmière diplômée d'Etat	Urgences	08/03/10	1h38	salle de réunion
Tristan Kinhou	H	43	Médecin généraliste	Urgences	08/03/10	1h25	salle de réunion
Djibril	H	32	Infirmier diplômé d'Etat	Urgences	12/03/10	2h22	salle de réunion
Lucie Tandraya	F	44	Infirmière diplômée d'Etat	Urgences	12/03/10	1h51	salle de réunion
Dominique Trzepizur	F	48	Cadre de service	Réanimation	09/04/10	2h46	bureau
Frédéric Amanroche	H	62	Anesthésiste, réanimateur, Chef de service	Réanimation	30/04/10	2h00	bureau
Suzanne	F	~35	Aide-soignante	Gynéco-obstétrique	26/07/10	32 mn	salle de repos
Luc Mensah	H	~45	Gynéco-obstétricien	Gynéco-obstétrique	27/07/10	34 mn	bureau

Tableau 13 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public P

Pseudonyme	Sexe	Age	Fonction	Service	Date	Durée	Lieu
Elsa Wartner	F	31	Médecin généraliste	Urgences	02/11/11	1h27	domicile
Ruben	H	~30	Aide-soignant (accueil)	Urgences	24/11/11	34 mn	box consultation
Daniel	H	~50	Aide-soignant (stérilisation)	Urgences	24/11/11	34 mn	box consultation
Dolorès	F	~25	Aide-soignante (accueil)	Urgences	24/11/11	34 mn	box consultation
Nina	F	~30	Aide-soignante (accueil)	Urgences	24/11/11	50 mn	accueil urgences
Laurence	F	~35	Aide-soignante (accueil)	Urgences	27/11/11	1h17	salle de repos

Tableau 14 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public A

Pseudonyme	Sexe	Age	Fonction	Service	Date	Durée	Lieu
Leïla	F	~45	Assistante sociale	Urgences	19/10/10	1h41	bureau
Alfredo Di Sotto	H	46	Médecin généraliste	Urgences	25/10/10	1h33	box MAO
Marcel Boughalem	H	46	Cadre de service	Oncologie	24/11/10	1h33	bureau
Mme Müller	F	~55	Directrice des soins	Administration	24/11/10	1h12	bureau

Rapports et documents

ALILI Kastriote et DUPONT Marc, « Diversité d'organisation et de fonctionnement de l'accueil aux urgences pour l'accès aux soins des familles en difficulté dans les hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP », Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2002.

BOISGUERIN Bénédicte, *Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2004.

BOISGUERIN Bénédicte et BRILHAULT Gwennaëlle, *Le panorama des établissements de santé, édition 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2013.

BOISGUERIN Bénédicte et HAURY Brigitte, *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), juillet 2008.

BRAS Pierre-Louis, VIEILLERIBIERE Jean-Luc et LESTEVEN Pierre, *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Paris, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2012.

BREUIL-GENIER Pascale et SICART Daniel, *L'origine sociale des professionnels de santé*, Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2006.

BROWN Hilary, *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*, Conseil de l'europe, janvier 2002.

BRUANT-BISSON Anne, CASTEL Paul, et PANEL Maurice-Pierre, *Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Paris, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2012.

CAMBOIS Emmanuelle, *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, Paris, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), 2003.

Commission médicale d'établissement de l'AP-HP, *Rapport d'activité 2012 de l'AP-HP*, 2014.

Commission présidée par Bernard Stasi, *Rapport au Président de la République, Laïcité et République*, Paris, 2004.

DESPRES Camille, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaires à Paris - Une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et dentistes parisiens*, IRDES, 2009.

HALFEN Sandrine, *Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Ile-de-France*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2012.

MAYER Nonna, MICHELAT Guy, TIBERJ Vincent, et VITALE Tommaso, « Les Roms: les moins aimés », in *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie - année 2013*, Commission nationale consultative des droits de l'Homme., Paris, La Documentation française, 2014, p. 201-208.

MILE Saimir, HAMICHE Samia, GUERRA Umberto, et PERRIN Evelyne, *Monitoring de la société civile sur la mise en oeuvre de la stratégie nationale d'intégration des Roms en France en 2012 et 2013*, Hongrie, Fondation du secrétariat de la décennie pour l'inclusion des Roms, 2014.

PRUD'HOMME Dorothée et BERTOSSI Christophe, *La « diversité » à l'hôpital. Identités sociales et discriminations raciales dans une institution française*, Paris, Centre Migrations et Citoyennetés, Ifri, 2011.

REVIL Hélène, « Le “non-recours” à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie: un phénomène qui travaille l'institution », *La Revue de l'Ires*, 2014, vol. 2, n° 81, p. 3-32.

Avis sur le respect des droits des « gens du voyage » et des Roms migrants au regard des réponses récentes de la France aux instances internationales, Paris, La Commission nationale consultative des droits de l'Homme, 2012.

« Chapitre XII. Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser », in *La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris, Cour des comptes, 2014, p. 351-377.

Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe: Consultation Européenne sur les Droits des Patients, Amsterdam, Organisation mondiale de la Santé - Bureau régional pour l'Europe, 1994.

Direction recherches, études, évaluation et statistiques, <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>, consulté le 4 mars 2015.

Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Voir: <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html> (consulté le 10/12/2014).

France. Rapport du European Roma Rights Centre, European Roma Rights Centre, 2011.

« La santé des migrants », *La Santé de l'Homme - INPES*, novembre 2007, n° 392.

« Les effets d'une crise économique de longue durée - le rapport 2013-2014 de l'ONPES », *La Lettre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*, juillet 2014, p. 4.

« Les systèmes de cartes de l'assurance maladie », in *Rapport annuel public 2010*, Paris, Cour des comptes, 2010, p. 248-275.

Rapport d'activité du fond CMU, 2012.

Renoncement aux soins - actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2012.

Textes juridiques

Annexes à la Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf, consulté le 4 mars 2015.

Article L. 1110-5 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), <http://cnrd.fr/Loi-no-2002-303-du-4-mars-2002.html>, consulté le 4 mars 2015.

Article L-1111-4 du code de la santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767&dateTexte=20111108>, consulté le 5 février 2014.

Article L.6111-1 du Code de la santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690669&dateTexte=&categorieLien=cid>, consulté le 4 mars 2015.

Article L6112-1 du Code de la santé publique, http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=4D5CC735F72D431E155D6964225FCDBD.tpdjo08v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idSectionTA=LEGISC TA000020886450&dateTexte=, consulté le 3 octobre 2014.

Article R4127-47 du Code de la santé publique, http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B4626103DD02D09398D2446F875EDAC2.tpdjo14v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912913&dateTexte&categorieLien=cid, consulté le 4 mars 2015.

Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>, consulté le 4 mars 2015.

Circulaire du 5 août 2010 relative aux évacuation des campements illicites, <http://www.gisti.org/spip.php?article2042>, consulté le 4 mars 2015.

Code de la sécurité sociale, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006186122&cidTexte=LEGITEXT000006073189>, consulté le 4 mars 2015.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264>, consulté le 28 janvier 2015.

Décret n° 2012-1098 du 28 septembre 2012 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'Etat, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=34941304E2F0EF06986D338F5D27AF56.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000026426974&dateTexte=20130926, consulté le 14 novembre 2014.

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>, consulté le 4 mars 2015.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière., <http://admi.net/jo/loi70-1318.html>, consulté le 4 mars 2015.

Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.
Loi dite loi Bérégovoy, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=17FC44B8238BA168805699B096B78228.tpdjo15v_2?cidTexte=JORFTEXT000000504452&idArticle=JORFARTI000002279660&dateTexte=19830120&categorieLien=cid, consulté le 4 mars 2015.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&cat](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id)
[egorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id), consulté le 16 février 2015.

Loi n° 2004-228 du 15 mars 2004 encadrant, en application du principe de laïcité, le port de signes ou de tenues manifestant une appartenance religieuse dans les écoles, collèges et lycées publics, [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000417977&cat](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000417977&categorieLien=id)
[egorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000417977&categorieLien=id), consulté le 2 octobre 2015.

Ordonnance du 4 octobre 1945, http://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=ORD_4510_04101945, consulté le 4 mars 2015.

Ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945, http://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=ORD_452454_19101945, consulté le 4 mars 2015.

Sources professionnelles

BEGHENNOU Aurore, *La relation interculturelle à l'hôpital*, Travail de fin d'étude conduisant au diplôme d'état d'infirmière, IFSI Hôpital G. Marchant, Toulouse, 2011, 39 p.

BRAUN François, PATERON Dominique et GIROUD Marc, « Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations », *Note de synthèse Samu-Urgences de France*, 16 septembre 2013, p. 9.

CARLI Pierre, *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, Conseil National de l'Urgence Hospitalière, 2013.

COLORADO LASSERRE Evelyne, *L'évolution de la prise en charge de la précarité aux urgences: un enjeu pour le directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2002.

Coordination Mission France, *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat dans 10 villes de France*, Médecins du Monde, 2006.

DELEPOUILLE Claire et FABRE Mathilde, *Représentations et vécu de la grande précarité par le personnel des urgences du Centre Hospitalier de Chambéry*, Thèse de Médecine, Université Joseph Fourier, Grenoble, 2012, 91 p.

KARASOGLU Muriel, *La prise en charge globale, notion fédératrice du projet de soins: quelle stratégie pour le directeur de soins?*, Mémoire, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2002.

SICARD Didier, *Principes de l'éthique médicale et interculturelité*, <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/principes-de-l%C3%A9thique-m%C3%A9dicale-et-interculturalit%C3%A9>, consulté le 15 juillet 2014.

Société Francophone de Médecine d'Urgence, « L'organisation de l'aval des urgences: état des lieux et propositions », Mai 2005, http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf (consulté le 04/03/2014), p. 34.

Société Francophone de Médecine d'Urgence, *Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil*, Paris, Brain Storming, 2004, 48 p.

Médecins du Monde auprès des femmes Roms, Médecins du Monde, mars 2008.

Articles de presse

ABDUL Shahzad, « Les urgentistes ne veulent plus passer leur temps à chercher des lits », *Le Monde.fr*, 4 mars 2014, disponible: http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/10/15/les-urgentistes-ne-veulent-plus-passer-leur-temps-a-chercher-des-lits_3495799_3224.html (consulté le 03/03/2014).

AFP, « Hôpital: des propositions pour lutter contre la saturation des urgences », *liberation.fr*, 30 septembre 2013, disponible: http://www.liberation.fr/societe/2013/09/30/hopital-des-propositions-pour-lutter-contre-la-saturation-des-urgences_935780 (consulté le 04/04/2014).

BAUMARD Maryline, *La France a expulsé un camp de Roms tous les 3 jours en 2014*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2015/02/03/la-france-a-expulse-un-camp-de-rom-tous-les-3-jours-en-2014_4569112_3224.html, consulté le 14 mars 2015.

BEGUIN François, « A Bichat, on attend le départ des chefs de service pour caser les patients », *Le Monde.fr*, 4 septembre 2013, disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/04/09/a-bichat-on-attend-le-depart-des-chefs-de-service-pour-caser-les-patients_3156481_1651302.html (consulté le 06/03/2014).

BENZAÏD Alma, « L'urgence ici: quel accès aux soins pour les sans-papiers? », *Grotius*, décembre 2011, (<http://www.grotius.fr/1%E2%80%99urgence-ici-quel-acces-aux-soins-pour-les-sans-papiers/>, consulté le 28/02/2014).

BRUNEAU Caroline, *Hébergement d'urgence: le cri d'alarme des personnels*, <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2011/08/02/01016-20110802ARTFIG00294-hebergement-d-urgence-le-cri-d-alarme-des-personnels.php>, consulté le 23 octobre 2014.

CLAVREUL Laëtitia, « Martin Hirsch: "L'AP-HP doit soigner tout le monde, sans distinction" », *Le Monde.fr*, 18/01/2014.

DAMIENS Caroline, *Sarkozy, les médias et l'invention de la mafia roumaine (Première partie)*, <http://lmsi.net/Sarkozy-les-medias-et-l-invention>, consulté le 3 décembre 2015.

FAVEREAU Eric, *Interprète à l'hôpital, pour dire les maux*, http://www.liberation.fr/societe/2010/05/25/interprete-a-l-hopital-pour-dire-les-maux_654135, consulté le 2 avril 2015.

FOUTEAU Carine, « Invasion, délinquance, mendicité, saleté? Tout dire sur les Roms », *Mediapart*, 26/09/2013.

HOUCHARD Béatrice et MONTVALON Dominique (de), *Plus de 20 000 Roms en France*, <http://www.lopinion.fr/23-septembre-2013/plus-20-000-roms-en-france-4308>, consulté le 14 mars 2015.

LEPRINCE Chloé, *On a testé pour vous: les médecins qui boycottent la CMU*, <http://www.rue89.com/2008/09/09/on-a-teste-pour-vous-les-medecins-qui-boycottent-la-cmu>, consulté le 4 mars 2015.

MANICOT Claire, « L'accueil des étrangers à l'hôpital », *L'infirmière magazine*, septembre 2000, n° 52, p. 30-34.

MARTIN Laure, « Patients non-francophones: une prise en charge complexe », *Actu Soins Magazine*, 17 novembre 2011, p. <http://www.actusoins.com/9827/patients-non-francophones-une-prise-en-charge-complexe.html> (consulté le 04/02/2015).

MARTIN Laure, « Interprétariat médical. L'importance du mot juste », *Le Concours médical*, 14 mai 2010, vol. 132, n° 09, p. 360-361.

MICHELON Vincent, *Paris: un candidat FN assimile les Roms à une « lèpre » et suggère de les « concentrer » dans des camps*, <http://www.metronews.fr/municipales-2014/paris-un-candidat-fn-assimile-les-roms-a-une-lepre-et-suggere-de-les-concentrer-dans-des-camps/mncc!QKuNZEZNPdNsU/>, consulté le 14 mars 2015.

NIOSI Marianne, « Plongée dans un hôpital étranglé par la gestion financière », *Mediapart*, 18 septembre 2013, (<http://www.mediapart.fr/journal/france/220813/plongee-dans-un-hopital-etrangle-par-la-gestion-financiere>, consulté le 03/03/2014).

PASQUESOONE Valentine, *L'hébergement d'urgences « complètement mis de côté »*, http://www.liberation.fr/societe/2011/07/22/l-hebergement-d-urgence-completement-mis-de-cote_750650, consulté le 23 octobre 2014.

RIGAUX Marianne, *L'invasion de Roms n'aura pas lieu*, <http://www.slate.fr/story/78228/invasion-roms-aura-pas-lieu>, consulté le 14 mars 2015.

François Robinet, *Roms = voleurs?*, <http://www.decryptimages.net/index.php/12-15-ans/450-roms-voleurs>, consulté le 3 décembre 2015.

ROSIER Florence, *André Grimaldi, « poil à gratter » hospitalier*, http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/09/16/andre-grimaldi-poil-a-gratter-hospitalier_3478557_1650684.html, consulté le 13 janvier 2015.

URBACH Emilien, *Plus de 130 expulsions de camps roms en 2014*, <http://www.humanite.fr/plus-de-130-expulsions-de-camps-roms-en-2014-564613>, consulté le 14 mars 2015.

« *L'ange blond* ». *La tragique histoire de Maria*, <http://www.parismatch.com/Actu/International/La-tragique-histoire-de-Maria-535016>, consulté le 19 mars 2015.

NKM droitise sa campagne en évoquant le « harcèlement des Roms », http://www.lemonde.fr/politique/article/2013/09/19/nkm-droitise-sa-campagne-en-evoquant-le-harcèlement-des-parisiens-par-les-roms_3481070_823448.html, consulté le 14 mars 2015.

Mains sales et nausée - La couverture de Valeurs actuelles contre les Roms, <http://bigbrowser.blog.lemonde.fr/2013/08/21/phobie-la-couverture-de-valeurs-actuelles-contre-les-roms-je-vomis-et-reviens/>, consulté le 14 mars 2015.

Pour la droite parisienne, tous les problèmes d'insécurité mènent aux Roms, <http://www.20minutes.fr/politique/1225065-20130919-20130919-droite-parisienne-tous-problemes-dinsecurite-menent-roms>, consulté le 14 mars 2015.

Prostitution, quatre membres d'un réseau rom écroués, <http://www.metrofrance.com/lille/prostitution-quatre-membres-d-un-reseau-rom-ecroues/mlky!S2XYTYG1Gmik/>, consulté le 14 mai 2013.

Trafic de bébés roms: interpellations à Bastia et Nancy, http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/06/20/trafic-de-bebes-roms-interpellations-a-bastia-et-nancy_4442399_3224.html, consulté le 19 mars 2014.

Un nouveau réseau de prostitution démantelé, <http://www.lavoixdunord.fr/region/un-nouveau-reseau-de-prostitution-rom-demantele-ia987b0n1180484>, consulté le 14 mai 2013.

Urgences à l'hôpital: un rapport préconise une meilleure gestion des lits, <http://www.leparisien.fr/societe/urgences-a-l-hopital-un-rapport-preconise-une-meilleure-gestion-des-lits-30-09-2013-3182983.php>, consulté le 4 mars 2014.

Toulouse, la police démantèle un réseau de proxénétisme rom, <http://www.bfmtv.com/societe/toulouse-police-demantele-un-reseau-proxenetisme-rom-481172.html>, consulté le 14 mai 2013.

Roms: au cœur d'un trafic d'enfants, <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/09/21/01016-20120921ARTFIG00673-roms-au-c339ur-d-un-traffic-d-enfants.php>, consulté le 19 mars 2015.

« Les Tsiganes handicapés, de la Roumanie à l'Europe des riches », *Le Monde*, 7 décembre 2002.

Un trafic de bébés roms repéré à Marseille et Ajaccio, http://www.liberation.fr/societe/2013/08/30/un-traffic-de-bebes-roms-repere-a-marseille-et-ajaccio_928290, consulté le 19 mars 2015.

Bibliographie

- ACKER Françoise, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des Affaires Sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, p. 161-181.
- ACKER Françoise, « Les infirmières en crise? », *Mouvements*, 1 juin 2004, vol. 32, n° 2, p. 60-66.
- ACKER Françoise, « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n° 3, p. 69-92.
- ACKER Françoise, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. », *Sciences sociales et santé*, 1991, vol. 9, n° 2, p. 123-143.
- ADEN Joëlle, « Évaluer l'impact des stéréotypes dans les supports multimédia », *Alsic. Apprentissage des Langues et Systèmes d'Information et de Communication*, 1 décembre 2006, Vol. 9.
- AFONSO Joanna et LOBO ANTUNES Maria José, « Santé et famille dans l'espace de l'hôpital », *Etudes Tsiganes*, 2005, 21 - Les institutions, un espace de rencontre, p. 48-58.
- AÏACH Pierre, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Economica: Anthropos, 2010.
- AÏACH Pierre et FASSIN Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Economica : Anthropos, 1994.
- AIT BEN LMADANI Fatima, « Dynamiques du mépris et tactiques des "faibles" », *Sociétés contemporaines*, 2008, n° 70, n° 2, p. 71-93.
- ALDRIN Philippe, « Penser la rumeur. Une question discutée des sciences sociales », *Genèses*, mars 2003, vol. 1, n° 50, p. 126-141.
- ALLEN D., « Doing Occupational Demarcation: The "Boundary-Work" of Nurse Managers in a District General Hospital », *Journal of Contemporary Ethnography*, juin 2000, vol. 29, n° 3, p. 326-356.
- ARBORIO Anne-Marie, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », in *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte., 2010, p. 51-61.
- ARBORIO Anne-Marie, *Un personnel invisible: les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos: diff. Economica, 2001.
- ARBORIO Anne-Marie, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 1996, vol. 22, n° 1, p. 87-106.
- ARBORIO Anne-Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier: les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n° 3, p. 93-126.
- ARBORIO Anne-Marie, COHEN Yves, FOURNIER Pierre, HATZFELD Nicolas, LOMBA Cédric et MULLER Séverin, *Observer le travail: histoire, ethnographie, approches combinées*, La Découverte, 2008, 351 p.

ARBORIO Anne-Marie, FOURNIER Pierre et DE SINGLY François, *L'observation directe*, Paris, Armand Colin, 2010.

Association Tsiganes Solidarités, « La santé et l'accès aux soins à Toulouse », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, n° 2, p. 85-86.

AVRIL Christelle, CARTIER Marie, et SIBLOT Yasmine, « Les rapports aux services publics des usagers et agents de milieux populaires: quels effets des reformes de modernisation? », *Sociétés contemporaines*, 1 juin 2005, n° 58, n° 2, p. 5-18.

BALIBAR Etienne, « La construction du racisme », *Actuel Marx*, 1 septembre 2005, n° 38, n° 2, p. 11-28.

BALIBAR Etienne et WALLERSTEIN Immanuel, *Race, nation, classe: les identités ambiguës*, Editions La Découverte, 2007, 307 p.

BALSA Ana I. et MCGUIRE Thomas G., « Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities », *Journal of Health Economics*, 2003, vol. 2003, p. 89-116.

BANTON Michael, « The Vertical and Horizontal Dimensions of the Word Race », *Ethnicities*, 1 mars 2010, vol. 10, n° 1, p. 127-140.

BARBOT Janine et DODIER Nicolas, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 2000, vol. 18, n° 1, p. 75-119.

BARGEL Lucie, *Jeunes socialistes, Jeunes UMP: lieux et processus de socialisation politique*, Dalloz, 2009, 765 p.

BARTH Fredrik, *Ethnic groups and boundaries: the social organization of culture difference*, Little, Brown, 1969, 162 p.

BASZANGER Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue Française de Sociologie*, 1981, vol. 22, n° 2, p. 223-245.

BATAILLE Philippe, *Le racisme au travail*, Paris, La Découverte, 1997.

BATIFOULIER Philippe, « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue Française de Socio-Economie*, 1 décembre 2012, n° 10, n° 2, p. 155-174.

BEAGAN Brenda, « Micro Inequities and Everyday Inequalities: "Race", Gender, Sexuality and Class in Medical School », *Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie*, Autumn 2001, vol. 26, n° 4, p. 583-610.

BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 35, p. 226-257.

BEAUD Stéphane et PIALOUX Michel, *Violences urbaines, violence sociale: genèse des nouvelles classes dangereuses*, Paris, Pluriel, 2013.

BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2010.

BECKER Howard S., *Ecrire les sciences sociales*, Paris, Economica, 2004.

BECKER Howard S., *Outsiders: études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 1985.

BELORGEY Nicolas, « Pourquoi attend-on aux urgences? », *Travail et Emploi*, 15 mars 2013, n° 133, p. 25-38.

BELORGEY Nicolas, « “Réduire le temps d’attente et de passage aux urgences”: Une entreprise de “réforme” d’un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 189, n° 4, p. 16.

BELORGEY Nicolas, *L’hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte., Paris, 2010, 336 p.

BELORGEY Nicolas, « “J’oublie de prendre mes médicaments.” Les variations de l’observance dans un réseau de soins », *Sociologie santé*, juin 2009, n° 30, p. 287-309.

BEN AMEUR Ali, « L’interprétariat en milieu social en France », *Hommes & Migrations*, 1 décembre 2010, vol. 1288, n° 6, p. 86-91.

BENELLI Natalie, DELPHY Christine, FALQUET Jules, HAMEL Christelle, HERTZ Ellen et ROUX Patricia, « Editio: De l’affaire du voile à l’imbrication du sexisme et du racisme », *Nouvelles Questions Féministes*, 1 janvier 2006, vol. 25, n° 1, p. 4-11.

BENOIST Yann, « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, 2008, vol. 26, n° 3, p. 5-34.

BERGAMASCHI Alessandro, « Attitudes et représentations sociales », *Revue européenne des sciences sociales*, 9 janvier 2012, vol. 49-2, n° 2, p. 93-122.

BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Hommes détenus et femmes soignantes : l’intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, 2002, vol. 89, n° 1, p. 69.

BESSONE Magali, *Sans distinction de race? Une analyse critique du concept de race et de ses effets pratiques*, Paris, Vrin, 2013, 240 p.

BEZES Philippe, « Etat, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012, vol. 3, n° 193, p. 16-37.

BEZES Philippe, « Administration », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 38-48.

BEZES Philippe, « Le tournant néomanagérial de l’administration française », in *Politiques publiques 1*, Presses de Sciences Po., Paris, 2008, p. 215-254.

BEZES Philippe, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L’impact du New Public Management », *Informations sociales*, 2005, vol. 6, n° 126, p. 26-37.

BEZES Philippe, DEMAZIERE Didier, LE BIANIC Thomas, PARADEISE Catherine, NORMAND Romuald, BENAMOUZIG Daniel, PIERRU Frédéric et EVETTS Julia, « New Public Management et professions dans l’État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, juillet 2011, vol. 53, n° 3, p. 293-348.

BEZES Philippe et PIERRU Frédéric, « Politiques publiques et sociologie de l’Etat », in *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po., Paris, 2014, p. 491-501.

- BEZUNARTEA Patricia et RODRIGUEZ Isidro, « La communauté gitane et la santé: l'action en matière de toxicomanie », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, p. 103-110.
- BIDET Alexandra, *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot?*, Paris, Presses universitaires de France, 2011.
- BIZEUL Daniel, « Les sociologues ont-ils des comptes à rendre ? », *Sociétés contemporaines*, 2008, n° 70, n° 2, p. 95-113.
- BLAIN Robert R., « A Critique of Parsons' Four Function Paradigm », *Sociological Quarterly*, Spring 1970, vol. 11, n° 2, p. 157-168.
- BLUMER Herbert, « Sociological Implications of the Thought of Georges Herbert Mead », *The American Journal of Sociology*, vol. 71, n° 5, p. 535-544.
- BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1971, vol. 26, n° 1, p. 205-233.
- BONILLA-SILVA Eduardo, « The invisible weight of whiteness: the racial grammar of everyday life in contemporary America », *Ethnic and Racial Studies*, 29 septembre 2011, p. 173-194.
- BONILLA-SILVA Eduardo, *Racism without Racists: Color-Blind Racism and the Persistence of Racial Inequality in America*, 3rd ed., Lanham, Rowman & Littlefield Publishers, 2010, 301 p.
- BONILLA-SILVA Eduardo, « The Linguistics of Color Blind Racism: How to Talk Nasty about Blacks without Sounding "Racist" », *Critical Sociology*, janvier 2002, vol. 28, n° 1-2, p. 41-64.
- BONILLA-SILVA Eduardo, *White supremacy and racism in the post-civil rights era*, Boulder, Colo., L. Rienner, 2001.
- BONILLA-SILVA Eduardo, « Rethinking Racism: Toward a Structural Interpretation », *American Sociological Review*, juin 1997, vol. 62, n° 3, p. 465-480.
- BONNET Doris, « Au-delà du gène et de la culture », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 23-38.
- BORDIGONI Marc, « Introduction », *Etudes Tsiganes*, 2005, 21 - Les institutions, un espace de rencontre, p. 7-9.
- BOUCHAUD Olivier, « Prise en charge des migrants en situation de précarité », *LAENNEC*, 2007, n° 4.
- BOURDIEU Pierre, *La Misère du monde*, Paris, Editions du Seuil, 1993, 947 p.
- BOURDIEU Pierre, « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1979, vol. 30, n° 1, p. 3-6.
- BOURRET Paule, *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan, 2006, 284 p.
- BOUSSAGUET Laurie, JACQUOT Sophie et RAVINET Pauline (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, 771 p.

BOUVET Olivier et FLOCH Stéphane, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants: stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies », *Spécificités*, décembre 2012, vol. 1, n° 5, p. 257-274.

BOWEN John, *European states and their Muslim citizens: the impact of institutions on perceptions and boundaries*, 2013.

BOWEN John, *Can Islam be French? Pluralism and pragmatism in a secularist state*, Princeton, Princeton University Press, 2010.

BOYER Henri, « Stéréotype, emblème, mythe. Sémiotisation médiatique et figement représentationnel », *Mots. Les langages du politique*, 1 novembre 2008, n° 88, p. 99-113.

BRAUD Philippe, « Politiques publiques et sociologie politique », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 517-522.

LE BRETON David, « Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital », in *Traité de bioéthique*, ERES, 2010, p. 106.

BRIQUET Jean-Louis, « Communiquer en actes. Prescriptions de rôle et exercice quotidien du métier politique », *Politix*, 1994, vol. 7, n° 28, p. 16-26.

BUCHER Rue et STRAUSS Anselm L., « Professions in Process », *The American Journal of Sociology*, janvier 1961, vol. 66, n° 4, p. 325-334.

BURTIN Julia, « Traduire les maux », *Plein droit*, 1 octobre 2013, vol. 98, n° 3, p. 20-23.

CAILLOL Michel, LE COZ Pierre, AUBRY Régis, et BRECHAT Pierre-Henri, « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », *Santé Publique*, 2011, Vol. 22, n° 6, p. 625-636.

CAIN Virginia S. et KINGTON Raynard S., « Investigating the Role of Racial/Ethnic Bias in Health Outcomes », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 191-192.

CAMUS Agnès et DODIER Nicolas, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histories, Sciences sociales*, 1997, vol. 52, n° 4, p. 733-763.

CARDE Estelle, « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 décembre 2011, vol. 27, n° 3, p. 31-55.

CARDE Estelle, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, 1 juin 2007, vol. 19, n° 2, p. 99-109.

CARDE Estelle, « "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, 1 septembre 2006, vol. 16, n° 2, p. 57-80.

CARRA Cécile et FAGGIANELLI Daniel, « Des causes de la violence », in *Les violences à l'école*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p. 62-90.

CARRICABURU Danièle et MENORET Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, A. Colin, 2010.

- CARTIER Marie, *Les facteurs et leurs tournées: un service public au quotidien*, Paris, Découverte, 2003.
- CEFAÏ Daniel et GARDELLA Edouard, *L'urgence sociale en action: ethnographie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte, 2011.
- CHAMBOREDON Jean-Claude, « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », *Revue française de sociologie*, 1971, vol. 12, n° 3, p. 335-377.
- CHAMPY Florent, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2009.
- CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé? », *Revue du MAUSS*, 17 juin 2010, vol. 35, n° 1, p. 135-150.
- CHAPOULIE Jean-Michel, « La tradition de Chicago et l'étude des relations entre les races », *Revue européenne des migrations internationales [En ligne]*, 2002, vol. 18, n° 3, p. mis en ligne le 12 octobre 2004, consulté le 12 juillet 2014. URL: <http://remi.revues.org/1600>.
- CHAPOULIE Jean-Michel, *La tradition sociologique de Chicago: 1892-1961*, Paris, Seuil, 2001, 508 p.
- CHAPOULIE Jean-Michel, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 86-114.
- CHARLEMAGNE Jacqueline, « Politiques sociales, exclusion, santé », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, p. 10-33.
- CHAUVEAUD C., RODE A., CHATAIN C., GUTTON S., LABBE E., MOULIN J.-J., SASS C., et WARIN P., *Le non-recours aux soins des actifs précaires. Rapport final*, Grenoble, ANR - Odenore/Cetaf, 2008.
- CHAUVEL Géraldine et MORLE Dominique, « Dix valeurs pour les soins infirmiers », *Objectif Soins*, novembre 1993, vol. 17, p. 38-41.
- CHAUVENET Antoinette, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978, 255 p.
- CHAUVENET Antoinette, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 61-76.
- CHEBEL D'APPOLLONIA Ariane, *Les frontières du racisme: identités, ethnicité, citoyenneté*, 2e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2011, 103 p.
- CHEBEL D'APPOLLONIA Ariane, *Les racismes ordinaires*, Paris, Presses de sciences po, 1998, 109 p.
- CHERONNET Hélène et GADEA Charles, « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics », in *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte., Paris, 2009, p. 73-83.
- COGNET Marguerite, « Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital », *Hommes & Migrations*, octobre 2001, n° 1233, p. 101-107.
- COGNET Marguerite et BASCOUGNANO Sandra, « Soins et altérité: analyse comparée des regards et des pratiques des soignants », *Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 9 février 2013, vol. 2, n° 2, p. 9-22.

COGNET Marguerite, GABARRO Céline, et ADAM-VEZINA Emilie, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes & Migrations*, novembre 2009, n° 1282.

COGNET Marguerite, HAMEL Christelle, et MOISY Muriel, « Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2012, vol. 28, n° 2, p. 11-34.

COGNET Marguerite, HOYEZ Anne-Cécile, et POIRET Christian, « Expériences de la santé et du soin en migration: entre inégalités et discriminations », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2012, vol. 28, n° 2, p. 7-10.

COMMAILLE Jacques, « Sociologie de l'action publique », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 599-607.

CORTESERO Régis, KERBOURC'H Sylvain, MELO David et POLI Alexandra, « Recruteurs sous tensions. Discrimination et diversité au prisme de registres argumentaires enchevêtrés », *Sociologie du Travail*, octobre 2013, vol. 55, n° 4, p. 431-453.

COUCH Carl J., « Self-Identification and Alienation », *The Sociological Quarterly*, Summer 1967, vol. 7, n° 3, p. 255-264.

COUCH Carl J. et MURRAY John S., « Significant Others and Evaluation », *American Sociological Association*, décembre 1964, vol. 27, n° 4, p. 502-509.

COUSIN Olivier, « Entre contrainte et plaisir, le travail des cadres », *Sciences humaines*, 1 décembre 2009, vol. 210, n° 12, p. 8.

COUSIN Olivier, « Quelle place accorder au travail? », *L'Homme et la société*, 1 mars 2007, vol. 162, n° 4, p. 59-77.

COUTY Edouard, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient? », *Les Tribunes de la santé*, 21 octobre 2013, n° 40, n° 3, p. 23-35.

COUTY Edouard, « Hôpital public: le grand virage », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 28, n° 3, p. 39.

CRENSHAW Kimberlé (dir.), *Critical race theory: the key writings that formed the movement*, New York, New Press: Distributed by W.W. Norton & Co., 1995.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris, Editions du Seuil, 1977.

CURAPP, *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique*, Presses Universitaires de France - PUF, 2000, 326 p.

DARITY William A., « Employment Discrimination, Segregation, and Health », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 226-231.

DARMON Muriel, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, Editions La Découverte, 2008.

DELPHY Christine, *Classer, dominer: qui sont les autres?*, Paris, la Fabrique éd., 2008.

DELPHY Christine, « Antisexisme ou antiracisme? Un faux dilemme », *Nouvelles Questions Féministes*, 1 janvier 2006, vol. 25, n° 1, p. 59-83.

- DEMAZIERE Didier, GADEA Charles et ARBORIO Anne-Marie (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Découverte, 2009, 463 p.
- DENOUR Linda et JUNKER Rémi, « Les médecins étrangers dans les hôpitaux français », *Revue européenne de migrations internationales*, 1995, vol. 11, n° 3, p. 145-166.
- DESTREMAU Blandine, « Fadia Nassif Tar Kovacs, Les rumeurs dans la guerre du Liban. Les mots de la violence », *Tiers-Monde*, 2000, vol. 41, n° 163, p. 710-713.
- DEWITTE Philippe, « Malade étranger, étrange malade », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 1.
- DODIER Nicolas, *L'expertise médicale: essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Ed. Métailié, 1993.
- DORLIN Elsa (dir.), *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009, 313 p.
- DORLIN Elsa, « De l'usage épistémologique et politique des catégories de "sexe" et de "race" dans les études sur le genre », *Cahiers du Genre*, 2005, vol. 2, n° 39, p. 83-105.
- DUBAR Claude, « Formes identitaires et socialisation professionnelle », *Revue française de sociologie*, décembre 1992, vol. 33, n° 4, p. 505-529.
- DUBET François, *Le déclin de l'institution*, Paris, Éditions du Seuil, 2002.
- DUBET François, Olivier COUSIN, Eric MACE, et Sandrine RUI, *Pourquoi moi? L'expérience des discriminations*, Seuil, 2013, 238 p.
- DUBOIS Vincent, *La vie au guichet*, Paris, Economica, 2010.
- DUBOIS Vincent, « Le paradoxe du contrôleur », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2009, vol. 178, n° 3, p. 28.
- DUBOIS Vincent, « Le rôle des street-level bureaucrates dans la conduite de l'action publique en France », *HAL*, p. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00660673> (consulté le 07/04/2015).
- DURANTEAU Camille, *La santé des gens du voyage: approche sanitaire et sociale*, Paris; Montréal (Québec), l'Harmattan, 1999.
- EBERHARD Mireille, « Catégorisations ethno-raciales au guichet », *Les cahiers du CERIEM*, Déc 2001, n° 8, p. 35-51.
- EDIN C., MARAIS P., MOULEVRIER P., HUEZ J.-F., et FANELLO S., « Médecine générale et ramadan. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2011, vol. 42, n° 2, p. 89.
- ELIAS Norbert et SCOTSON John L., *The established and the outsiders: a sociological enquiry into community problems*, London, Sage, 1994.
- Equipe Romeurope, « Projet Romeurope », *Etudes Tsiganes*, 1999, 14 -Tsiganes et santé: de nouveaux risques?, n° 2, p. 114-130.

ES-SAFI Latifa, « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant », *Pensée plurielle*, 2001, vol. 3, n° 1, p. 27.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, LEIMDORFER François, et PICOT Geneviève, « Comment les médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail - Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale », *Revue française des Affaires Sociales*, 2010, vol. 4, n° 4, p. 27-52.

EVERS Helen, « Job Dissatisfaction amongst medical secretaries: some organizational considerations », *Soc. Sci. & Med.*, 1977, vol. 11, p. 289-293.

FANON Frantz, *Peau noire, masques blancs*, Editions du Seuil, 1975, 188 p.

FASSIN Didier, « Economies morales et justices locales », *Revue française de sociologie*, 5 décembre 2012, Vol. 53, n° 4, p. 651-655.

FASSIN Didier, « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1 décembre 2009, 64e année, n° 6, p. 1237-1266.

FASSIN Didier, *Inégalités et santé*, Paris, La Documentation française, 2009.

FASSIN Didier, *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte, 2009.

FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, 2e éd., Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008.

FASSIN Didier, « L'éthique au-delà de la règle. Réflexion autour d'une enquête sur les soins en Afrique du Sud », *Sociétés contemporaines*, 2008, vol. 71, p. 117-136.

FASSIN Didier, « Public health as culture. The social construction of the childhood lead poisoning epidemic in France », *British Medical Bulletin*, 2004, vol. 69, p. 167-177.

FASSIN Didier, « L'intervention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, 2002, vol. 52, n° 4, p. 403-423.

FASSIN Didier, « Charité bien ordonnée. Principes de justice et pratiques de jugement dans les aides d'urgence », *Revue française de sociologie*, 2001, vol. 42, n° 3, p. 437-475.

FASSIN Didier, « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, 2001, vol. 19, n° 4, p. 5-34.

FASSIN Didier, « The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate », *Anthropology Today*, février 2001, vol. 17, n° 1, p. 3-7.

FASSIN Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histories, Sciences sociales*, 2000, vol. 55, n° 5, p. 955-981.

FASSIN Didier, *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte., Paris, 2000.

FASSIN Didier, « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières », *La lettre de l'espace éthique*, 2000, n° 12, 13, 14, p. 27-28.

- FASSIN Didier, « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 5-12.
- FASSIN Didier, « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, 1999, vol. 35, n° 1, p. 146-171.
- FASSIN Didier, « L'indicible et l'impensé. La question "immigrée" dans les politiques du sida », *Sciences sociales et santé*, 1999, vol. 17, n° 4, p. 5-36.
- FASSIN Didier, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 1996, 324 p.
- FASSIN Didier (dir.), *Santé publique: l'état des savoirs*, Editions La Découverte, 2010.
- FASSIN Didier (dir.), « Santé, le traitement de la différence », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, n° 1225.
- FASSIN Didier, BOUAGGA Yasmine, COUTANT Isabelle, EIDELIMAN Jean-Sébastien, FERNANDEZ Fabrice, FISCHER Nicolas, KOBELINSKY Carolina, MAKAREMI Chowra, MAZOUZ Sarah et ROUX Sébastien, *Juger, réprimer, accompagner: Essai sur la morale de l'Etat*, Seuil, 2013, 266 p.
- FASSIN Didier et FASSIN Eric, *De la question sociale à la question raciale? Représenter la société française*, Paris, Découverte, 2006.
- FASSIN Didier et KOBELINSKY Carolina, « Comment on juge l'asile », *Revue française de sociologie*, 5 décembre 2012, Vol. 53, n° 4, p. 657-688.
- FASSIN Didier et LEZE Samuel, *La question morale: une anthologie critique*, Paris, Presses universitaires de France, 2013.
- FASSIN Didier et MAZOUZ Sarah, « Qu'est-ce que devenir français? La naturalisation comme rite d'institution républicain », *Revue française de sociologie*, 2007, vol. 48, n° 4, p. 723.
- FASSIN Eric, « Questions sexuelles, questions raciales. Parallèles, tensions et articulations », in *De la question sociale à la question raciale? Représenter la société française*, Paris, Découverte, 2006, p. 230-248.
- FASSIN Eric, FOUTEAU Carine, GUICHARD Serge et WINDELS Aurélie, *Roms & riverains: Une politique municipale de la race*, La Fabrique éditions, 2014, 227 p.
- FAURE ATGER Anaïs et EGGENSCHWILER Alejandro, « Les Roms, révélateurs des anomalies d'un "Espace de liberté, de sécurité et de justice au service des citoyens" », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 195-201.
- FINKLER Kaja, HUNTER Cynthia et IEDEMA Rick, « What is going on? Ethnography in Hospital Spaces », *Journal of Contemporary Ethnography*, avril 2008, vol. 37, n° 2, p. 246-250.
- FISCHER Nicolas, « Protéger les mineurs, contrôler les migrants », *Revue française de sociologie*, 5 décembre 2012, Vol. 53, n° 4, p. 689-717.
- FISCHER Nicolas et SPIRE Alexis, « L'État face aux illégalismes », *Politix*, 2009, vol. 87, n° 3, p. 7.

- FLYE SAINTIE MARIE Anne, « La compétence interculturelle dans le domaine de l'intervention éducative et sociale », *Les Cahiers de l'Actif*, mars 1997, Dossier: Interculturel et Travail Social - vol. 1&2, n° 250/251, p. 53-63.
- FORBAT Liz, « The Care and Abuse of Minoritized Ethnic Groups: The Role of Statutory Services », *Critical Social Policy*, 2004, vol. 24, n° 3, p. 312-331.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 2014, 771 p.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.
- FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1993.
- FOX Renée C., « Training for Uncertainty », in *The Student-Physician; Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Harvard University Press., Cambridge, Mass., 1957, p. 207-241.
- FRASER Nancy et FERRARESE Estelle, *Qu'est-ce que la justice sociale? Reconnaissance et redistribution*, Paris, Éd. la Découverte, 2011.
- FREIDSON Eliot, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- FRIEDMANN Georges, « Industrie et société aux États-Unis », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1948, vol. 3, n° 1, p. 69-80.
- FRIGOLI Gilles, « De la circulaire au guichet. », *Déviance et Société*, 2009, vol. 33, n° 2, p. 125.
- FUSULIER Bernard, *Articuler vie professionnelle et vie familiale. Étude de trois groupes professionnels : les infirmières, les policiers et les assistants sociaux*, Presses univ. de Louvain, 2011, 251 p.
- GABARRO Céline, « Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2012, vol. 28, n° 2, p. 35-56.
- GASPARD Françoise, « Le foulard de la dispute », *Cahiers du Genre*, 1 décembre 2006, vol. 1, n° 3, p. 75-93.
- GIDDENS Anthony, *La Constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses universitaires de France, 1987.
- GIRAUD Olivier et WARIN Philippe, *Politiques publiques et démocratie*, Paris, Éd. la Découverte, 2008.
- GLASGOW Joshua, « Racism as Disrespect », *Ethics*, octobre 2009, vol. 120, n° 1, p. 64-93.
- GLAZER Nathan, MOYNIHAN Daniel P., et Corinne SAPOSS SCHELLING, *Ethnicity: theory and experience*, Harvard, Harvard University Press, 1975.
- GOFFMAN Erving, *La Mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Ed. de Minuit, 1979, book p.

- GOFFMAN Erving, *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975, 180 p.
- GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Les Editions de Minuit, 1974, 236 p.
- GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne 1. La présentation de soi*, Editions de Minuit., Paris, Les Editions de Minuit, 1973, 256 p.
- GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne 2. Les relations en public*, Paris, Les Editions de Minuit, 1973, 376 p.
- GOFFMAN Erving, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Editions de minuit, 1968.
- GOFFMAN Erving, « La “distance au rôle” en salle d’opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1961/2002, vol. 143, p. 80-87.
- GRIMALDI André et VALLANCIEN Guy, « Les paradoxes du médecin à l’hôpital », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 26, n° 1, p. 21-37.
- GRUEL Louis, « Conjurant l’exclusion: rhétorique et identité revendiquée dans des habitats socialement disqualifiés », *Revue française de sociologie*, 1985, vol. 26, n° 3, p. 431-453.
- GUIBERT Philippe et MERGIER Alain, *Le descenseur social: enquête sur les milieux populaires*, Plon, 2006, 145 p.
- GUILD Elspeth, « Le traitement des Roms dans l’Union Européenne », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 192-194.
- GUILLAUMIN Colette, *L'idéologie raciste: genèse et langage actuel*, Paris, Gallimard, 2002, 382 p.
- GUILLAUMIN Colette, « Une société en ordre. De quelques-unes des formes de l'idéologie raciste », *Sociologie et sociétés*, 1992, vol. 24, n° 2, p. 13.
- GUILLAUMIN Colette, « Usages théoriques et usages banals du terme race », *Mots*, 1992, vol. 33, n° 1, p. 59-65.
- GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard, « La formation idéale d’un médecin », *Les Tribunes de la santé*, 2007, vol. 16, n° 3, p. 35.
- GUIRAUD Jean-Claude, « Soigner en communauté », *La revue de l’infirmière*, avril 2012, vol. 61, n° 180, p. 23-25.
- GUZNICZAK Bernard, « Des Roms dans l’entre-deux », *Les Cahiers Dynamiques*, 2012, vol. 57, n° 4, p. 96.
- HACKING Ian, « Why Race Still Matters », *Daedalus*, 1 janvier 2005, vol. 134, n° 1, p. 102-116.
- HAMEL Marie-Pierre et WARIN Philippe, « Non-recours (Non-take up) », in *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2010, p. 383-390.
- HAMIDI Camille, « Catégorisations ethniques ordinaires et rapport au politique: Éléments sur le rapport au politique des jeunes des quartiers populaires », *Revue française de science politique*, 2010, vol. 60, n° 4, p. 719.

- HAMILTON M. et ESSAT Z., « Minority ethnic users experiences and expectations of nursing care », *Journal of Research in Nursing*, mars 2008, vol. 13, n° 2, p. 102-110.
- HASSENTEUFEL Patrick, « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », *Informations sociales*, 15 février 2010, vol. 157, n° 1, p. 50-58.
- HASSENTEUFEL Patrick et PALIER Bruno, « Les trompe-l'œil de la "gouvernance" de l'assurance maladie », *Revue française d'administration publique*, 1 mars 2005, vol. n°113, n° 1, p. 13-27.
- HELFTER Caroline, « Contrepoint – Non-recours: les logiques des usagers », *Informations sociales*, 2013, vol. 4, n° 178, p. 71.
- HEMPEL Lynn, « What's It Worth to You? The Questionable Value of Instrumentalist Approaches to Ethnic Identification », *International Journal of Comparative Sociology*, Juillet 2004, vol. 45, n° 3-4, p. 253-275.
- HERZLICH Claudine, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 1973, vol. 14, n° 1, p. 41-59.
- HERZLICH Claudine, *Médecine, maladie et société*, EHESS, 1970.
- HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984, 295 p.
- HUGHES Everett C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1997, 344 p.
- HUGHES Everett C., « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1996, vol. 115, n° 1, p. 94-99.
- HUGUES Everett C., « Pour étudier le travail des infirmières », in *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, EHESS, 1996, p. 344.
- HUGHES Everett C., *On Work, Race, and the Sociological Imagination*, University of Chicago Press, 1994.
- HUGHES Everett C., « The Humble and the Proud: The Comparative Study of Occupations », *Sociological Quarterly*, 1970, vol. 11, n° 2, p. 147-156.
- HUGHES Everett C., « Good People and Dirty Work », *Social Problems*, juillet 1962, vol. 10, n° 1, p. 3-11.
- HUGHES Everett C., *Men and their work*, Glencoe, Ill., Free Press, 1958, 202 p.
- Polly HULME A., « Cultural Considerations in Evidence-Based Practice », *Journal of Transcultural Nursing*, Juillet 2010, vol. 21, n° 3, p. 271-280.
- IMBAULT-HUART Marie-José, « Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital: convergences et contradictions », in *L'hôpital et les pauvres*, Musée de l'AP-HP, 1996, p. 236.
- IMBERT Charlotte, BIDAULT Elsa, GOUJON Nicolas et GOUDET Bernard, « Education à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom », *Santé Publique*, 2013, vol. S2, n° 2, p. 209-2015.

INGLEBY David, « La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe », *Hommes et migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, 1 novembre 2009, n° 1282, p. 136-150.

Institut Droit et Santé, *Le refus de soins opposé au malade*, Paris, 2012.

IVEKOVIC Rada, « Des castes en Europe et des Roms au sein de l'humanité », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 223-227.

JAFFRE Yannick, « L'interprétation sauvage », *Enquête*, 1 novembre 1996, n° 3, p. 177-190.

JAUNAIT Alexandre, « La médecine est-elle toujours morale? », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 26, n° 1, p. 95-102.

JENKINS Richard, *Rethinking ethnicity*, Thousand Oaks, CA, SAGE Publications, 2008.

JENKINS Richard, *Social identity*, London; New York, Routledge, 1996.

JOUNIN Nicolas, « Humiliations ordinaires et contestations silencieuses », *Sociétés contemporaines*, 2008, n° 70, n° 2, p. 25-43.

JOUNIN Nicolas, « L'ethnisation en chantiers. Reconstructions des statuts par l'ethnique en milieu de travail », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 décembre 2004, vol. 20, n° 3, p. 103-126.

JOUNIN Nicolas, PALOMARES Elise et RABAUD Aude, « Ethnicisations ordinaires, voix minoritaires », *Sociétés contemporaines*, 2008, vol. 70, n° 2, p. 7.

KERVASDOUE (de) Jean, *L'hôpital*, Paris, PUF, 2007.

KERVASDOUE (de) Jean, *La crise des professions de santé*, Paris, Ed. Dunod, 2003, 330 p.

KESSAR Zahia, « La formation en anthropologie à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 112-117.

KOTOBİ Laurence, « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 62-72.

KRIEGER Nancy, « Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies: An Ecosocial Perspective », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 194-199.

LAGROYE Jacques et OFFERLE Michel, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin, 2010.

LAMARA Farid et AÏACH Pierre, « La place de la santé et des soins chez des Tsiganes migrants », *Hommes et Migrations*, mai-juin 2000, Santé, le traitement de la différence, n° 1225, p. 117-121.

LAMONT Michèle, *La dignité des travailleurs: exclusion, race, classe et immigration en France et aux États-Unis*, Presses de Sciences Po, 2002, 383 p.

LAMONT Michèle, *La morale et l'argent: Les valeurs des cadres en France et aux États-Unis*, Paris, Métailié, 1995, 318 p.

- LAMONT Michèle et FOURNIER Marcel, *Cultivating Differences: Symbolic Boundaries and the Making of Inequality*, Chicago, University of Chicago Press, 1992.
- LAMONT Michèle et THEVENOT Laurent, *Rethinking comparative cultural sociology: repertoires of evaluation in France and the United States*, Cambridge, UK; New York, Cambridge University Press, 2000.
- LAUDE Anne, « Dix ans de droit de la santé », *Les Tribunes de la santé*, 2009, vol. 25, n° 4, p. 51-62.
- LAUGIER Sandra (dir.), « Politique du care », *Multitudes*, septembre 2009, vol. 37-38, n° 2, 71 p.
- LEBON Marie-Christine, « Vulnérables », *Projet*, 2008, n° 304.
- LECHEVALIER HURARD Lucie, « Faire face aux comportements perturbants: le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du Travail*, juillet 2013, vol. 55, n° 3, p. 279-301.
- Le Collectif Onze, *Au tribunal des couples: Enquête sur des affaires familiales*, Odile Jacob, 2013, 300 p.
- LEDUC Sacha, « Le non-recours et les logiques discriminatoires dans l'accès aux soins », *Vie sociale*, 1 mars 2008, N° 1, n° 1, p. 69-93.
- LEGLISE Isabelle, « Quel accès aux soins et aux services publics pour des citoyens non francophones », *Culture et recherche*, 2011, n° 125, p. 10-11.
- LEGROS Olivier, « Les pouvoirs publics et la "question rom" en Europe aujourd'hui », *Etudes Tsiganes*, vol. 39-40, p. 44.
- LEGROS Olivier et VITALE Tommaso, « Les migrants roms dans les villes françaises et italiennes: mobilités, régulations et marginalités », *Géocarrefour*, 14 septembre 2011, n° 1.
- LEROUX Muriel, GUIRAUD Jean-Claude et BOTTON Pierre, « Santé des gens du voyage: des associations se mobilisent », *La Santé de l'Homme*, juillet-août 2007, n° 390, p. 4-6.
- LERT France, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 1996, vol. 14, n° 3, p. 103-115.
- LIEBER Marylène, « Clivages ethniques, domination économique et rapports sociaux de sexe. Le cas des Chinois à Paris », in *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 91-107.
- LIEGEOIS Jean-Pierre, *Roms et Tsiganes*, Paris, Découverte, 2009.
- LIEGEOIS Jean-Pierre, *Roma, tsiganes, voyageurs*, Strasbourg, Ed. du Conseil de l'Europe, 1994.
- LIEGEOIS Jean-Pierre (dir.), *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France: rapport d'étude de la Direction générale de l'action sociale*, Rennes, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2007.
- LIPSKY Michael, *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation, 1980.

- LOISEAU Gaëlla, « L'accès aux droits relatifs à la santé et aux prestations sociales », in *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France: rapport d'étude de la Direction générale de l'action sociale*, Rennes, Editions de l'École nationale de la santé publique, 2007, p. 153-195.
- LOMBRAIL Pierre, « A propos des liens entre santé et migration (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 1999, vol. 17, n° 4, p. 37-44.
- LOMBRAIL Pierre et Jean Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 1 octobre 2005, vol. 8, n° 3, p. 31-39.
- MALAT Jennifer, CLARK-HITT Rose, JILL BURGESS Diana, FRIEDEMANN-SANCHEZ Greta et VAN RYN Michelle, « White doctors and nurses on racial inequality in health care in the USA: whiteness and colour-blind racial ideology », *Ethnic and Racial Studies*, septembre 2010, vol. 33, n° 8, p. 1431-1450.
- MALOCHET Guillaume, « À l'école de la détention: quelques aspects de la socialisation professionnelle des surveillants de prison », *Sociologie du Travail*, avril 2004, vol. 46, n° 2, p. 168-186.
- MARC Bernard, MIROUX Patrick, BENVENISTE Raphaëlle, PATERON Dominique, JELEFF Charles et PIEDADE Isabelle, « Le rôle de l'Infirmier(e) organisateur de l'accueil aux urgences », in *Guide infirmier des urgences*, Masson, 2008, p. 760.
- MARTIN Pascal, « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires: Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011, vol. 189, n° 4, p. 34.
- MARTUCCELLI Danilo et DUBET François, « Théories de la socialisation et définitions sociologiques de l'école », *Revue française de sociologie*, 1996, vol. 37, n° 4, p. 511-535.
- MAUKSCH Hans O., « Ideology, interaction and patient care in hospitals », *Soc. Sci. & Med.*, 1973, vol. 7, p. 817-830.
- MAYER Nonna, *Ces Français qui votent Le Pen*, Flammarion, 2002, 488 p.
- MBAYE Elhadji Mamadou (dir.), « Santé et droits des étrangers: réalités et enjeux », *Hommes et Migrations*, novembre 2009, vol. 1282.
- MECHALI Denis, « Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique », *Revue européenne des migrations internationales*, 1990, vol. 6, n° 3, p. 99-127.
- MISSAOUI Lamia, « Les réseaux familiaux transnationaux supports aux initiatives en matière de santé chez les Gitans catalans », *Lien social et Politiques*, 2010, n° 64, p. 163.
- MISSAOUI Lamia, « Reconstruction d'une catégorie sociale historique: "l'étranger de l'intérieur" », *Revue européenne des migrations internationales*, 1997, vol. 13, n° 3, p. 247-251.
- MOISDON Jean-Claude et TONNEAU Dominique, « Le financement concurrentiel des hôpitaux: menace ou avantage pour le service public? », *Politiques et management public*, 15 octobre 2008, vol. 26/1, p. 111-126.

- MONTGOMERY Catherine et TAMOURO Soumya (dir.), « Regards pluriels sur les interventions sociales et de santé en contexte de diversité », *Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 9 février 2013, vol. 2, n° 2, p. 1-125.
- MORIN Edgar, *La rumeur d'Orléans*, Paris, Editions du Seuil, 1982.
- MOULIERE Monique, « À propos des interactions au guichet de l'État-social », *Mouvements*, 2001, vol. 15-16, n° 3, p. 190.
- MULOT Stéphanie, « Relations de soin, cultures et inégalités de santé », *Terrains & travaux*, 1 octobre 2014, vol. 24, n° 1, p. 39-61.
- MUSSELIN Christine, « Approche organisationnelle », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 76-81.
- NACU Alexandra, « From Silent Marginality to Spotlight Scapegoating? A Brief Case Study of France's Policy Towards the Roma », *Journal of Ethnic and Migration Studies*, septembre 2012, vol. 38, n° 8, p. 1323-1328.
- NACU Alexandra, « A quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, 2011, n° 53, p. 109-130.
- NACU Alexandra, « Les Roms migrants en région parisienne: les dispositifs d'une marginalisation », *Revue européenne de migrations internationales*, 2010, vol. 26, n° 1.
- NADER Laura, « Orientalisme, occidentalisme et contrôle des femmes », *Nouvelles Questions Féministes*, 1 janvier 2006, vol. 25, n° 1, p. 12-24.
- NDIAYE Pap, *La condition noire essai sur une minorité française*, Paris, Gallimard, 2009, 528 p.
- NGIRUMPATSE Pauline et ROUSSEAU Cécile, « L'échec de l'humanitaire: De la paralysie devant le mensonge social à la transformation de l'image de l'autre (essai) », *Anthropologie et Sociétés*, 2007, vol. 31, n° 2, p. 191-202.
- NIZET Jean, *La sociologie de Anthony Giddens*, La Découverte., Paris, 2007, 117 p.
- NOBRE Thierry et MAC GABAHN Kevin, « La prise en compte des différences ethnoculturelles des patients à l'hôpital: une étude exploratoire en contexte français », *Humanisme et Entreprise*, 2011, vol. 5, n° 305, p. 37-48.
- OGIEN Albert, « L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers », *Revue Française de Sociologie*, janvier 1986, vol. 27, n° 1, p. 29.
- PAICHELER Geneviève, « Présentation. Les professions de soins: territoires et empiétements », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n° 3, p. 5-10.
- PAILLARD Bernard, « La rumeur, ou la preuve ordinaire », *Communications*, 2009, vol. 84, n° 1, p. 119-135.
- PAILLET Anne, *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007.
- PALIER Bruno, « 44. Des assurances de moins en moins sociales », in *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, p. 855-871.

- PALIER Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- PALOMARES Elise, « Contester le racisme en mode mineur », *Sociétés contemporaines*, 2008, n° 70, n° 2, p. 45-69.
- PARIZOT Isabelle, « 38. La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », in *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, p. 747-763.
- PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus: identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Presses Universitaires de France, 2003, 296 p.
- PARSONS Talcott, *The social system*, London, Free Press of Glencoe, 1951, 596 p.
- PATERNITI D. A., « The Micropolitics of Identity in Adverse Circumstance: A Study of Identity Making in a Total Institution », *Journal of Contemporary Ethnography*, février 2000, vol. 29, n° 1, p. 93-119.
- PATUREAU Jacqueline et COMITI Vincent-Pierre, « La santé des migrants en France: spécificités, dispositifs et politiques sanitaires », *Santé, Société et Solidarité*, 2005, vol. 4, n° 1, p. 129-137.
- PAUGAM Serge (dir.), *Repenser la solidarité l'apport des sciences sociales*, Paris, Presses universitaires de France, 2011.
- PAUGAM Serge, *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 2009.
- PENEFF Jean, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Ed. Métailié, 2000.
- PENEFF Jean, « Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », *Sociétés contemporaines*, 1995, n° 21, p. 119-138.
- PENEFF Jean, *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992.
- PEREIRA DA CUNHA Manuela Ivone, « Les Gitans, la prison et le quartier: une relation spécifique devenue le modèle ordinaire », *Etudes Tsiganes*, 2005, 21 - Les institutions, un espace de rencontre, p. 34-47.
- PERRAUT-SOLIVERES Anne, « L'émergence du mouvement infirmier », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 26, n° 1, p. 81-94.
- PERRY Pamela, « White Universal Identity as a "Sense of Group Position" », *Symbolic Interaction*, vol. 30, n° 3, p. 375-393.
- PEUGNY Camille, *Le déclassement*, Grasset, 2009, 98 p.
- PHANUEL Dominique, « Confiance dans les soins et soin de la confiance: la réponse relationnelle », *Politiques et management public*, 2002, vol. 20, n° 4, p. 115-132.
- PICOT Geneviève, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public: un rapport social instable - Le cas de deux services hospitaliers », *Revue française des Affaires Sociales*, 2005, vol. 1, n° 1, p. 83-100.

- PIERRON Jean-Philippe, « Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, 2007, vol. 25, n° 2, p. 43-66.
- PIERRU Emmanuel et SPIRE Alexis, « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », *Revue française de science politique*, 1 juillet 2008, vol. 58, n° 3, p. 457-481.
- PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant: Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012, vol. 194, n° 4, p. 32.
- POIRET Christian, « Les processus d’ethnisation et de raci(al)isation dans la France contemporaine: Africains, Ultramarins et “Noirs” », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2011, vol. 27, n° 1, p. 107-127.
- POUTIGNAT Philippe, STREIFF-FENART Jocelyne et BARTH Fredrik, *Théories de l’ethnicité*, Paris, Presses universitaires de France, 1995.
- PRUD’HOMME Dorothée et BERTOSSI Christophe, « Identités professionnelles, ethnicité et racisme à l’hôpital. L’exemple des services de gériatrie », *Gérontologie et société*, 2011, n° 139, p. 49-66.
- PSIUK Thérèse, « L’espace intime du soin », *Recherche en soins infirmiers*, 2008, vol. 93, n° 2, p. 14.
- RENARD Jean-Bruno, *Rumeurs et légendes urbaines*, Paris, Presses universitaires de France, 2002.
- REX John, *Ethnicité et citoyenneté: la sociologie des sociétés multiculturelles*, Paris, L’Harmattan, 2006.
- RINAUDO Christian, « L’imputation de caractéristiques ethniques dans l’encadrement de la vie scolaire », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 1998, vol. 14, p. 27-43.
- ROBERT Christophe, *Eternels étrangers de l’intérieur*, Desclée de Brouwer., Paris, 2007.
- RODE Antoine, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de science politique, Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2010.
- ROSENBERG Suzanne, « Agents et bureaux de poste dans les quartiers sensibles », *Flux*, 2000, vol. 16, n° 42, p. 35-42.
- ROTH Julius A., « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, mars 1972, vol. 77, n° 5, p. 839-856.
- RUDDER Véronique (de), « Identité, origine et étiquetage », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 1 janvier 1998, n° 72-73, p. 31-47.

- RUDDER Véronique (de), POIRET Christian, et VOUREC François, *L'inégalité raciste: l'universalité républicaine à l'épreuve*, Paris, Presses universitaires de France, 2000, 234 p.
- VAN RYN Michelle et FU Steven S., « Paved With Good Intentions: Do Public Health and Human Service Providers Contribute to Racial/Ethnic Disparities in Health? », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 248-255.
- SAFI Mirna, *Les inégalités ethno-raciales*, Paris, la Découverte, 2013, 128 p.
- SAINSAULIEU Ivan, « Le collectif soignant: mythe ou réalité? Regards croisés des cadres et des infirmiers », *Revue française d'administration publique*, 2008, vol. 128, n° 4, p. 665-675.
- SAINSAULIEU Ivan, « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du Travail*, janvier 2006, vol. 48, n° 1, p. 72-87.
- BON-SALIBA Brigitte, OUVRY-VIAL Brigitte, et SALIBA Jacques, *Les infirmières: ni bonnes, ni nonnes*, Paris, Syros, 1993, 249 p.
- SALTER Mark B., « Le Canada et les Roms: gouverner l'inconnaissable », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 208-212.
- SARGENT Carolyn, « Reproductive Strategies and Islamic Discourse: Malian Migrants Negotiate Everyday Life in Paris, France », *Medical Anthropology Quarterly*, 2006, vol. 20, n° 1, p. 31-49.
- SARGENT Carolyn, « Polygamy, Disrupted Reproduction, and the State: Malian Migrants in Paris, France. », *Social Science & Medicine*, 2003, vol. 56, p. 1961-1972.
- SARGENT Carolyn et LARCHANCHE Stéphanie, « The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women », *Body & Society*, 2007, vol. 13, n° 3, p. 79-102.
- SAUVEGRAIN Priscille, « La santé maternelle des "Africaines" en Ile-de-France: racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 24 octobre 2012, vol. 28, n° 2, p. 81-100.
- SAUVEGRAIN Priscille, *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, Thèse de sociologie, Université Paris Diderot (Paris VII), Paris, 2010, 403 p.
- SAUVE Jean-Marc, « Les évolutions du code de la santé publique », *Revue de droit sanitaire et social*, mai-juin 2008, n° 3, p. 409-415.
- SAWICKI Frédéric, « Les politistes et le microscope », in *Les méthodes au concret*, PUF., Paris, 2000, p. 143-164.
- SCHARLACH Andrew E., GIUNTA Nancy, CHUN-CHUNG CHOW Julian, et LEHNING Amanda, « Racial and Ethnic Variations in Caregiver Service Use », *Journal of Aging and Health*, Avril 2008, vol. 20, n° 3, p. 326-346.
- SCHAUER Frederick F., *Profiles, probabilities, and stereotypes*, Cambridge, Mass, Belknap Press of Harvard University Press, 2003, 359 p.
- SCHEIN Edgar H., « Organizational Culture », *American Psychologist*, 1990, vol. 45, n° 2, p. 109-119.

- SCHWARTZ Olivier, « Peut-on parler des classes populaires? », *La Vie des idées*, septembre 2011, <http://www.laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes.html>.
- SCHWEYER François-Xavier, « 37. Les hospitaliers et la solidarité: la fin des évidences », in *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France, 2011, p. 721-745.
- SCHWEYER François-Xavier, « Santé, contrat social et marché: la fonction publique hospitalière en réformes », *Revue française d'administration publique*, 12 mars 2010, n° 132, n° 4, p. 727-744.
- SCHWEYER François-Xavier, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, 1996, vol. 14, n° 3, p. 67-102.
- SEO Akwi, « Soins aux personnes âgées et construction de l'identité ethnique », *Hommes & Migrations*, 1 juin 2013, vol. 1302, n° 2, p. 117-124.
- SERRE Delphine, « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles », *Déviance et Société*, 7 juin 2010, Vol. 34, n° 2, p. 149-162.
- SHERMAN James A. (dir.), « Racial/Ethnic Bias and Health », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 194-255.
- SIBLOT Yasmine, « Contraintes et ambivalences du travail d'accueil du public », *Informations sociales*, 2010, vol. 2, no 158, p. 102-110.
- SIBLOT Yasmine, *Faire valoir ses droits au quotidien: les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006.
- SIBLOT Yasmine, « “Adapter” les services publics aux habitants des “quartiers difficiles” », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, vol. 159, n° 4, p. 70.
- SIBLOT Yasmine, « Les rapports quotidiens des classes populaires aux administrations », *Sociétés contemporaines*, 2005, vol. 58, n° 2, p. 85.
- SIBLOT Yasmine, « Stigmatisation et intégration sociale au guichet d'une institution familière le bureau de poste d'un quartier populaire », *Sociétés contemporaines*, 2002, vol. 47, n° 3, p. 79.
- SIGONA Nando, « L'Union européenne et les Roms: pauvreté, haine anti-Tziganes et gouvernance de la mobilité », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 213-222.
- SIMMEL Georg, *Les pauvres*, Paris, PUF, 2011.
- SIMONNOT Nathalie, « La discrimination dans l'accès aux soins des migrants en Europe: un déni des droits fondamentaux et une absurdité de santé publique », *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 1 juin 2008, n° 19.
- SIMONNOT Nathalie et INTRAND Caroline, « L'Europe et les sans-papiers », *Hommes et Migrations*, 2009, vol. 1282, <http://hommesmigrations.revues.org/458> (consulté le 29/05/2013).
- SKRENTNY John D., « Culture and Race/Ethnicity: Bolder, Deeper, and Broader », *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 2008, vol. 619, n° 1, p. 59-77.

SONG Miri, « Comparing Minorities' Ethnic Options », *Ethnicities*, 1 mars 2001, vol. 1, n° 1, p. 57-82.

SPIRE Alexis, *Etrangers à la carte*, Paris, Grasset, 2005, 403 p.

STEUDLER François, *L'Hôpital en observation*, Colin, 1974, 284 p.

STEVENS Peter et GORGOZ Reyhan, « Exploring the importance of institutional contexts for the development of ethnic stereotypes: a comparison of schools in Belgium and England », *Ethnic and Racial Studies*, septembre 2010, vol. 33, n° 8, p. 1350-1371.

STITOU Emmanuelle et GUIRAUD Jean-Claude, « La mort et le deuil dans les communautés tsiganes », *La revue de l'infirmière*, avril 2012, vol. 61, n° 180, p. 28-29.

STRAUSS Anselm L., FAGERHAUGH Shizuko, SUCZEK Barbara, et WIENER Carolyn, « The work of hospitalized patients », in *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers., New Brunswick, NJ, 1997, p. 191-209.

STRAUSS Anselm L., *Social organization of medical work*, New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1997.

STRAUSS Anselm L. et BASZANGER Isabelle, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Éd. l'Harmattan, 1992, vol. 1/, 319 p.

TABOURI Aziz, « L'interprétariat dans le domaine de la santé », *Hommes et migrations*, 1 novembre 2009, n° 1282, p. 102-106.

TABUTEAU Didier, *La Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, O. Jacob, 2013, 304 p.

TAGUIEFF Pierre-André (dir.), *Le Racisme: un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*, Paris, Flammarion, 1997.

TAGUIEFF Pierre-André, « L'identité nationale saisie par les logiques de racisation. Aspects, figures et problèmes du racisme différentialiste », *Mots*, 1986, vol. 12, n° 1, p. 91-128.

TALPADE MOHANTY Chandra, « Sous le regard de l'occident: recherche féministe et discours colonial », in *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 149-182.

TESTENOIRE Armelle, « Articuler les paradigmes de la reconnaissance et de la redistribution. La situation des femmes de chambre », *L'Homme et la société*, 2010, vol. 176-177, n° 2, p. 83-99.

THOENIG Jean-Claude, « Politiques publiques », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 420-426.

TISSOT Sylvie, « Une discrimination informelle? Usage de la notion de mixité sociale dans la gestion des attributions de logements HLM », *Actes de la recherche en sciences sociales*, septembre 2005, vol. 159, p. 54-69.

TOTH Judit, « L'asile externalisé ou l'Europe comme obstacle à la non discrimination des Roms? », *Cultures & Conflits*, 5 septembre 2011, n° 81-82, p. 202-207.

TREPAGNIER Barbara, « Deconstructing Categories: The Exposure of Silent Racism », *Symbolic Interaction*, 2001, vol. 24, n° 2, p. 141-163.

- VAN CLEEMPUT P., « Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact », *Journal of Research in Nursing*, Juillet 2010, vol. 15, n° 4, p. 315-327.
- VASSY Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 1 juin 2004, n° 32, n° 2, p. 67-74.
- VASSY Carine, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, 1999, vol. 40, n° 2, p. 325-356.
- VATZ LAAROUSSI Michèle et GELINAS Claude (dir.), « Les diversités au coeur de la recherche interculturelle: vers de nouvelles perspectives », *Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 4 juillet 2013, vol. 3, n° 1, 108 p.
- VEGA Anne, *Une ethnologue à l'hôpital: l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Ed. des Archives contemporaines, 2000.
- VEGA Anne, « Les infirmières hospitalières françaises: l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 1997, vol. 15, n° 3, p. 103-132.
- VEÏSSE Arnaud et d'ADLER Marie-Ange, « Exclus des politiques de santé publique », *Plein droit*, 2014, vol. 101, n° 2, p. 31.
- VERKUYTEN M., « Accounting for Ethnic Discrimination: A Discursive Study Among Minority and Majority Group Members », *Journal of Language and Social Psychology*, mars 2005, vol. 24, n° 1, p. 66-92.
- VITALIS André et DUHAUT Nicolas, « NTIC et relation administrative : de la relation de guichet à la relation de réseau », *Revue française d'administration publique*, 2004, vol. 110, n° 2, p. 315.
- VOLOVITCH Pierre, « Pourquoi et comment les inégalités "font système"? », *La Santé de l'Homme*, juillet-août 2011, n° 414, p. 9-10.
- WACQUANT Loïc, « La race comme crime civique », *Revue internationale des sciences sociales*, 1 mars 2005, vol. 183, n° 1, p. 135-152.
- WARIN Philippe, « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », *Informations sociales*, 2013, vol. 4, n° 178, p. 52-62.
- WARIN Philippe, « Le non-recours aux droits », *SociologieS*, 15 novembre 2012, p. 18.
- WARIN Philippe, *Le non-recours: définitions et typologies*, Grenoble, Observatoire des non-recours aux droits et services, 2010.
- WARIN Philippe, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? », *La Vie des idées*, juin 2010.
- WARIN Philippe, « Ressortissants », in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 576-582.
- WARIN Philippe, *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2006.
- WARIN Philippe, « Les relations de service comme régulations », *Revue française de sociologie*, 1993, vol. 34, n° 1, p. 69-95.

- WARIN Philippe, CHAUVEAUD Catherine, LOURGANT Sophie, et MANDRAN Nadine, *Refus de droits et traitements injustes. Analyse des biographies, caractéristiques sociales et réactions des personnes discriminées*, Programme de recherche MIRE-DREES / MAR-DARES, 2006.
- WEBER Max, *Economie et société: Tome 1, Les catégories de la sociologie*, Pocket, 2003, 834 p.
- WEIL Patrick, « Racisme et discrimination dans la politique française de l'immigration: 1938-1945/1974-1995 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 1995, vol. 47, n° 1, p. 77-102.
- WELLER Jean-Marc, « Le travail administratif, le droit et le principe de proximité », *L'Année sociologique*, 2003, vol. 53, n° 2, p. 431.
- WELLER Jean-Marc, *L'Etat au guichet: sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.
- WIEVIORKA Michel, *Le racisme: une introduction*, Paris, La Découverte, 1998.
- WILLIAMS David R., NEIGHBORS Harold W. et JACKSON James S., « Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies », *American Journal of Public Health*, février 2003, vol. 93, n° 2, p. 200-208.
- WINCKLER Martin, « Le patient, le récit et le soignant: littérature et formation médicale », *Les Tribunes de la santé*, 2009, vol. 23, n° 2, p. 37.
- ZIELINSKI Agatha, « L'éthique du care », *Etudes*, 2010, vol. 12, n° 413, p. 631-641.
- ZIMMERMANN Bénédicte, *Ce que travailler veut dire. Une sociologie des capacités et des parcours professionnels*, Paris, Economica, 2011.
- ZUNIGO Xavier, « L'apprentissage des possibles professionnels », *Sociétés contemporaines*, 2008, vol. 70, n° 2, p. 115-131.
- ZUST Barbara L. et MOLINE Kay, « Identifying Underserved Ethnic Populations Within a Community: The First Step in Eliminating Health Care Disparities Among Racial and Ethnic Minorities », *Journal of Transcultural Nursing*, 1 janvier 2003, vol. 14, n° 1, p. 66-74.

Annexes

1. Les enquêtes

1.1. Liste des enquêtes par ordre alphabétique des pseudonymes

Ania, 55 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Anne fournier, ~45 ans, cadre médico-social, entretien exploratoire.

Anne-Marie Renard, 52 ans, sage-femme, cadre supérieure, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Bertille, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Camille Boissieu, 32 ans, élève directeur d'hôpital.

Carl, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Cécile, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Charlotte, 22 ans, élève-infirmière (3ème année), service d'urgences, Hôpital public L.

Clarisse, 49 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Clotilde, 27 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Hôpital public G.

Corinne, 49 ans, agent administratif, service d'urgences, Hôpital public L.

Daniel, ~50 ans, aide-soignant, service d'urgences, Hôpital public P.

Djamila, 37 ans, aide-soignante, service de chirurgie, Clinique privée E.

Djibril, 32 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public G.

Dolorès, ~25 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Dominique Trzepizur, 48 ans, cadre infirmier, service de réanimation, Hôpital public G.

Donia, 25 ans, infirmière, service de chirurgie, Clinique privée E.

Dr. Alfredo di Sotto, 46 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public A.

Dr. Bruno Mallem, 58 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dr. Claire Moreau, 28 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dr. Damien Roger, 45 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Dr. Daphné Leroy, 38 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dr. Elsa Wartner, 31 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public P.

Dr. Frédéric Amanroche, 62 ans, chef de service réanimation, Hôpital public G.

Dr. Guillet, ~55 ans, chef de service de chirurgie, directeur, Clinique privée E.

Dr. Halima Younes, 40 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dr. Julien Pahn, 38 ans, médecin généraliste et coordinateur, service d'urgences, Clinique privée E.

Dr. Khaled Bouzidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dr. Luc Mensah, ~45 ans, gynécologue-obstétricien, service de gynéco-obstétrique, Hôpital public G.

Dr. Nawel Zaidi, 42 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dr. Stéphanie Dupetit, 29 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public L.

Dr. Tristan Kinhou, 43 ans, médecin généraliste, service d'urgences, Hôpital public G.

Emilie, 26 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Emmanuelle, 30 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

Eugénie, 46 ans, agent d'accueil, service d'urgences, Clinique privée E.

Fabienne, 32 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Florent, 24 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Gilles, 43 ans, infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

Guilaine, 60 ans, agent comptable, service d'urgences, Hôpital public L.

Ingrid, 33 ans, assistante sociale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Jean-Marie Atier, ~55 ans, directeur d'hôpital, entretien exploratoire.

Jeanine, 40 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Julia Montiverdi, 27 ans, interne de médecine générale, service d'urgences, Hôpital public L.

Latifa, 35 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public L.

Laurence, ~35 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Leïla, ~45 ans, assistante sociale, services d'urgences, Hôpital public A.

Lucie Tandraya, 44 ans, infirmière, service d'urgences, Hôpital public G.

M. Diop, ~40 ans, directeur des ressources humaines, Clinique privée E.

M. Gherbi, 44 ans, directeur adjoint, Clinique privée E.

Marcel Boughalem, 46 ans, cadre infirmier, service d'oncologie, Hôpital public A.

Martine Renaud, 40 ans, cadre infirmier, service de SSR, Clinique privée E.

Mathieu Dubet, 30 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Clinique privée E.

Mathilde, 42 ans, infirmière, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Mme Costa, ~40 ans, sage-femme, service de gynéco-obstétrique, Clinique privée E.

Mme Lemoine, 64 ans, directrice du service des soins infirmiers, Hôpital public L.

Mme Müller, ~55 ans, directrice des soins, Hôpital public A.

Myriam, 28 ans, interne de médecine générale, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Nina, ~30 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public P.

Nolwen, 25 ans, infirmière, service d'urgences, Clinique privée E.

Océane, 27 ans, auxiliaire de puériculture, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Paola, 27 ans, aide-soignante, service d'urgences, Hôpital public L.

Pauline, 26 ans, interne de gynéco-obstétrique, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Pierre Rollin, ~40 ans, directeur d'hôpital, entretien exploratoire.

Pierre-Alain Brustlein, ~60 ans, directeur d'hôpital, entretien exploratoire.

Pr. Legrand, ~45 ans, chef de service de médecine infectieuse et tropicale, Hôpital public A.

Pr. Luc Legoff, ~65 ans, gynécologue, retraité, entretien exploratoire.

Rosina, 32 ans, assistante sociale, service d'urgences, Hôpital public L.

Ruben, ~30 ans, aide-soignant, service d'urgences, Hôpital public P.

Samuel Reynier, ~40 ans, directeur d'hôpital, entretien exploratoire.

Suzanne, ~35 ans, aide-soignante, service de gynéco-obstétrique, Hôpital public G.

Sylvie, 42 ans, aide-soignante, service d'urgences gynéco-obstétriques, Hôpital public L.

Thérèse Dumonteil, ~60 ans, cadre supérieure, responsable de chambre mortuaire, retraitée, entretien exploratoire.

Yazid, 42 ans, aide-soignant, service d'urgences, Clinique privée E.

Zoé Denis, 44 ans, cadre infirmier, service d'urgences, Hôpital public L.

1.2. Tableau 15 : Répartition des enquêtés par établissements et services

Entretiens exploratoires et informatifs	8
Administration/Direction	5
Chambre mortuaire	1
Gynéco-obstétrique	1
Service social	1

Hôpital public L	33
Administration / Direction	1
Gynéco-Obstétrique	10
Urgences	22

Clinique privée E	12
Administration / Direction	2
Chirurgie	3
Gynéco-Obstétrique	1
Urgences	5
Soins de suite et de rééducation	1

Hôpital public G	10
Gynéco-Obstétrique	2
Réanimation	2
Urgences	6

Hôpital public P	6
Urgences	6

Hôpital public A	5
Administration / Direction	1
Oncologie	1
Maladies infectieuses et tropicales	1
Urgences	2

1.3. Tableau 16 : Répartition des enquêtés par catégories socio-professionnelles

Personnels administratifs	13
Membres de la direction	9
Agents administratifs	4

Personnels médicaux	21
Chefs de service	3
Médecins	14
Internes	4

Personnels paramédicaux	40
Cadres	8
Infirmiers diplômés d'Etat	16
Aides-soignantes	11
Sage-femme	1
Auxiliaire de puériculture	1
Assistantes-sociales	3

1.4. Tableau 17 : Répartition des enquêtés par sexe et catégories socio-professionnelles

	Femmes		
	<i>nombre</i>	<i>% du panel</i>	<i>% des femmes</i>
Total	48	64,86	100,00
<i>Personnels administratifs</i>	7	9,46	14,58
<i>Personnels médicaux</i>	9	12,16	18,75
<i>Personnels paramédicaux</i>	32	43,24	66,67

	Hommes		
	<i>nombre</i>	<i>% du panel</i>	<i>% des hommes</i>
Total	26	35,14	100,00
<i>Personnels administratifs</i>	6	8,11	23,08
<i>Personnels médicaux</i>	12	16,22	46,15
<i>Personnels paramédicaux</i>	8	10,81	30,77

1.5. Guide d'entretien

1. Parcours précédant l'entrée dans l'institution et formation

Pouvez-vous m'indiquer votre âge, votre lieu de naissance ?

Quelle est votre profession actuelle ? Quel est votre statut ?

Comment vous est venue l'idée de faire ce métier ? Connaissiez-vous déjà des personnels d'institution de santé ? Quelle image aviez-vous des institutions de santé ?

Comment se sont passées vos études ? Où ? Combien de temps ? Quelles étaient vos motivations initiales à faire ce métier ? Ont-elles changé pendant votre formation ?

Avez-vous rencontré des difficultés au cours de votre formation ? Lesquelles ? Pourquoi ?

Comment se sont passés vos premiers stages ? Comment s'est passé le contact avec les patients ? Cela a-t-il changé votre image des institutions de santé ?

Quel a été votre première affectation ? Pourquoi l'avez-vous choisie ?

2. Parcours, tâches et rôles idéaux dans l'institution

Depuis quand travaillez-vous dans cette institution ? Quel a été votre parcours ? Quelle a été la durée de vos différents contrats (CDD ?) ?

Dans votre métier de tous les jours, quels sont les moments forts ? Quelles tâches habituelles ? A quoi ressemble votre journée type ? Quels sont les intérêts et les inconvénients du travail sur autrui ? D'un travail en relation directe avec les usagers ? Est-ce que c'est facile ? Pourquoi ?

Description des relations avec les patients : accueil, consultation, soin. Attitude « idéale » du soignant, attitude « idéale » du patient ? Comment se déroule selon vous une interaction réussie entre soignant et soigné ? De quoi cela dépend-il ?

Empathie/distance professionnelle : Y a-t-il une distance soignant-soigné à respecter ? Quelle est la bonne distance ? Comment peut-elle être estimée ? Où est le curseur ? De quoi ça dépend ?

Relationnel : Quelle est la part de relationnel dans le métier de soignant ? Comment définir le relationnel ? De quoi ça dépend ? Est-ce que ça s'apprend ? Est-ce que le relationnel favorise ou empêche le soin ? Pourquoi ?

Les patients ont-ils un rôle à jouer dans la relation de soin ? Quel devrait être leur comportement pour faciliter leur prise en charge ? Y a-t-il des patients « difficiles » ? Pourquoi ? Comment faites-vous face à ce type de situation ? Est-ce fréquent ? Est-ce que vous abordez ces sujets avec vos collègues ? vos supérieurs ? Les règles institutionnelles permettent-elles de répondre à ces situations ? Est-il possible d'adapter les règles institutionnelles de fonctionnement des services à ces

situations problématiques ? De quelle façon ? Quelles sont les conséquences de telles adaptations ?

3. Expériences et perceptions des patients « roms »

Avez-vous déjà reçu des patients « roms » à l'hôpital ? Comment est-ce que vous les reconnaissez ? Est-ce fréquent ? Quelle fréquence ? Pourquoi viennent-ils ? Comment ça se passe ? Y a-t-il parmi eux des « habitués » ?

Est-ce que les patients « roms » sont différents des autres patients ? En quoi ? Comment l'expliquez-vous ? Est-ce qu'ils se comportent différemment des autres patients ? En quoi ? Comment expliquez-vous ces différences ?

Est-ce que les « Roms » que vous rencontrez à l'hôpital se ressemblent entre eux ? En quoi ? Est-ce qu'ils diffèrent les uns des autres ? En quoi (langue, nationalité, statut, mode de vie, précarité) ? Est-ce que vous pouvez prévoir leurs demandes, leur comportement, leurs difficultés ? Est-ce que vous en tirez un enseignement sur la façon dont ces patients doivent être pris en charge ?

Comment définiriez-vous les « Roms » ? Est-ce qu'il s'agit de populations qui appartiennent à un groupe ethnique ? Comment le savez-vous ? Qu'est-ce que ça change pour vous dans votre travail ?

4. Impact sur la pratique professionnelle, le fonctionnement du service, l'hôpital

Est-ce que vous adaptez votre pratique professionnelle à leurs différences perçues ? Comment ? Qu'est-ce que ça change ? Est-ce que, selon vous, ces adaptations font partie de votre travail ? Pourquoi ? Est-ce normal ou bien est-ce une contrainte ?

Existe-t-il des règles internes pour prendre en charge les patients « roms » ? Si oui, quelles sont-elles ? Comment ont-elles été créées ? Est-ce que tout le monde les applique ? Est-ce qu'elles sont efficaces pour le soin, pour l'égalité d'accès au soin, pour l'efficacité de la pratique professionnelle, pour le fonctionnement du service ?

Quelles sont les conséquences de leurs caractéristiques culturelles ou ethniques sur votre travail quotidien ? Sur le fonctionnement des services de santé ? Sur l'hôpital lui-même ? Est-ce que vous en discutez entre professionnels ?

Avez-vous déjà eu des relations avec des personnes « roms » en dehors de votre travail ? Dans quelles circonstances ? Comment ça s'est passé ? Quels enseignements en tirez-vous ? Est-ce que ces expériences personnelles ont eu une influence sur votre pratique professionnelle ?

Sont-ils, selon vous, des citoyens comme les autres ? Du point de vue de la santé ? De l'accès aux soins ? Dans d'autres institutions ? Quelle est votre opinion sur leur « intégration » dans la société française ? Est-ce qu'ils sont des usagers comme les autres selon vous ?

5. L'institution aujourd'hui

Y a-t-il une dimension morale dans la fonction de soignant ? Laquelle ? Y a-t-il des valeurs professionnelles que le soignant doit défendre ? En quoi consistent-elles ? Quelles sont les valeurs de l'institution ? Qu'est ce que ça représente pour vous ?

Est-ce que vous pensez que l'égalité de traitement est une valeur importante des institutions de santé ? Pourquoi ? En quoi l'hôpital vous paraît-il adapté à la société d'aujourd'hui ? Est-il à même de répondre aux attentes du public ? Y compris d'un public très diversifié ?

Pensez-vous que l'hôpital est une institution « ouverte » sur la société ? Est-ce important pour vous ? La dimension de service public est-elle importante pour vous ? Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? De quelle façon l'hôpital se met-il au service du public ?

Y a-t-il des normes que le patient devrait respecter ? Lesquelles ? Comment les patients apprennent ces normes ? Est-ce à l'institution de les inculquer ?

Avez-vous l'impression que l'hôpital change aujourd'hui ? Quelle est l'influence des patients sur ces modifications ? Est-ce que les patients provoquent, par leur utilisation de l'institution des variations dans les missions de l'institution ? Quelles sont ces variations ? Est-ce qu'il s'agit d'évolutions souhaitables ?

Avez-vous le sentiment que les missions de l'institution ne comprennent que la dimension médicale de la santé ? L'institution a-t-elle vocation à prendre aussi en charge les questions sociales qui touchent les patients ? Pourquoi ? Avez-vous le sentiment qu'une médecine à deux vitesses voit le jour (riche vs pauvre) ? Est ce

que la mise en place des PASS en est le signe ? Quel est l'avenir des institutions de santé selon vous ?

2. les services d'urgences

2.1. Tableau 18 : Passages aux urgences générales adultes dans les établissements et services enquêtés (2009-2012)

Hôpital public L	2009		2010		2011		2012	
	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%
Nombre total dans l'année	96 074	1,00	106 611	1,00	103 586	1,00	72 131	1,00
Dont hospitalisés en UHCD	3 266	0,03	5 660	0,05	5 712	0,06	5 737	0,08
Orientés vers hospitalisation complète	NR	NR	199	0,00	NR	NR	454	0,01
<i>dans même établissement</i>	NR	NR	143	0,00	NR	NR	358	0,00
<i>dans autre établissement</i>	NR	NR	56	0,00	NR	NR	96	0,00

Clinique privée E	2009		2010		2011		2012	
	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%
Nombre total dans l'année	23 993	100,00%	28 830	100,00%	31 765	100,00%	31 238	100,00%
Dont hospitalisés en UHCD	131	0,55%	721	2,50%	1 350	4,25%	914	2,93%
Orientés vers hospitalisation complète	276	1,15%	293	1,02%	300	0,94%	228	0,73%
<i>dans même établissement</i>	267	1,11%	281	0,97%	289	0,91%	217	0,69%
<i>dans autre établissement</i>	9	0,04%	12	0,04%	11	0,03%	11	0,04%

Hôpital public G	2009		2010		2011		2012	
	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%
Nombre total dans l'année	46 679	100,00%	45 172	100,00%	46 398	100,00%	46 063	100,00%
Dont hospitalisés en UHCD	1 833	3,93%	1 904	4,22%	1 787	3,85%	1 430	3,10%
Orientés vers hospitalisation complète	949	2,03%	941	2,08%	913	1,97%	993	2,16%
<i>dans même établissement</i>	920	1,97%	915	2,03%	896	1,93%	973	2,11%
<i>dans autre établissement</i>	29	0,06%	26	0,06%	17	0,04%	20	0,04%

Hôpital public P	2009		2010		2011		2012	
	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%
Nombre total dans l'année	81 290	100,00%	78 380	100,00%	83 064	100,00%	85 993	100,00%
Dont hospitalisés en UHCD	5 766	7,09%	5 679	7,25%	6 063	7,30%	6 862	7,98%
Orientés vers hospitalisation complète	844	1,04%	185	0,24%	818	0,98%	264	0,31%
<i>dans même établissement</i>	805	0,99%	163	0,21%	777	0,94%	226	0,26%
<i>dans autre établissement</i>	39	0,05%	22	0,03%	41	0,05%	38	0,04%

Hôpital public A	2009		2010		2011		2012	
	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%
Nombre total dans l'année	36 208	100,00%	36 535	100,00%	39 804	100,00%	40 968	100,00%
Dont hospitalisés en UHCD	2 402	6,63%	3 296	9,02%	3 276	8,23%	3 280	8,01%
Orientés vers hospitalisation complète	758	2,09%	773	2,12%	805	2,02%	504	1,23%
<i>dans même établissement</i>	574	1,59%	631	1,73%	658	1,65%	374	0,91%
<i>dans autre établissement</i>	184	0,51%	142	0,39%	147	0,37%	130	0,32%

Source: Statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) – Drees

2.2. Les urgences générales adultes en Ile-de-France et en France au 11 juin 2013

Les tableaux présentés ci-dessous ont été élaborés à partir d'informations provenant de l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières conduite le 11 juin 2013 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)¹⁰⁹⁵. Cette enquête couvre l'ensemble des structures d'accueil et de traitement des urgences, autorisées au sens des décrets 2006-576 et 2006-577, générales comme pédiatriques, des établissements de santé en France métropolitaine comme dans les DOM. Elle comporte deux volets complémentaires recueillis par les professionnels des établissements de santé lors de la venue des patients :

- un volet sur les structures elles-mêmes avec la description de leur organisation et de leurs moyens sur l'ensemble de l'année et le jour de l'enquête (décompte des personnels et patients présents à différentes heures de la journée) ;
- un volet sur les patients avec une collecte des motifs de recours, de la pathologie, et un descriptif de la prise en charge réalisée aux urgences jusqu'à la sortie de la structure. Tous les patients se présentant entre 8 heures le jour de l'enquête et 8 heures le lendemain, ont été enquêtés. Les patients et leurs accompagnants ont été informés de la réalisation de l'enquête par une note qui leur est présentée ainsi que par des affiches placées dans les locaux d'accueil. Préalablement à la réalisation de l'enquête les avis du Cnis de la CNIL ont été recueillis.

2.2.1. Tableau 19 : Répartition de la patientèle des services d'urgences par nationalité déclarée

	France		Ile-de-France	
	nombre	%	nombre	%
Total de la patientèle tout âge confondu	52018	100,00	10903	100,00
Patients étrangers de passage	380	0,73	65	0,60
Autres patients	51638	99,27	10838	99,40

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

¹⁰⁹⁵ Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Voir: <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html> (consulté le 10/12/2014).

2.2.2. Tableau 20 : Répartition des usagers en fonction de leur violence perçue

	France		Ile-de-France	
	nombre	%	nombre	%
Total des patients des urgences	52018	100,00	10903	100,00
Patients violents*	684	1,31	123	1,13
Patients non violents	44490	85,53	8804	80,75
Non réponse	6845	13,16	1976	18,12

* Expression de violence verbale ou physique du patient ou de l'accompagnant au cours du passage aux urgences

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

2.2.3. Tableau 21 : Répartition des modes de sortie des patients pris en charge aux urgences

	nombre	%	nombre	%
Total des sorties des urgences	52018	100,00	10903	100,00
Retour à domicile	39362	75,67	8790	80,62
Retour à domicile en HAD	300	0,58	42	0,39
Hospitalisation dans l'établissement	9172	17,63	1253	11,49
Hospitalisation dans un autre établissement	1218	2,34	250	2,29
Retour en EHPAD	450	0,87	79	0,72
Décès	42	0,08	4	0,04
Sortie contre avis médical	255	0,49	40	0,37
Vers une maison médicale de garde	85	0,16	19	0,17
Parti sans attendre	1060	2,04	412	3,78
Non réponse	75	0,14	14	0,13

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

2.2.4. Tableau 22 : Répartition des recours aux urgences en fonction de la date de début de situation

	France		Ile-de-France	
	nombre	%	nombre	%
Total des situations ayant conduit aux urgences	52018	100,00	10903	100,00
La situation a débuté le jour même	25810	49,62	4788	43,91
La situation a débuté la veille	7119	13,69	1492	13,68
La situation a débuté quelques jours avant	13919	26,76	2965	27,19
Non renseigné	1770	3,40	905	8,30
Question filtrée	3399	6,53	753	6,91

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

2.2.5. Tableau 23 : Répartition des recours aux urgences en fonction du motif

	France		Ile-de-France	
	nombre	%	nombre	%
Total des venues aux urgences	52018	100,00	10903	100,00
venues décidées pour un motif médical	38174	73,39	7255	66,54
venues décidées pour un motif secondaire*	7790	14,98	1784	16,36
Non renseigné	2655	5,10	1110	10,18
Question filtrée	3399	6,53	753	6,91

**proximité des urgences, j'avais besoin que mon problème de santé soit réglé rapidement, c'est plus rapide d'attendre aux urgences que de chercher un médecin, on peut y réaliser les examens complémentaires, on peut y consulter un médecin spécialiste (pédiatre, ophtalmo, cardiologue...), je peux être pris en charge en dehors des heures de travail, pas besoin d'avancer d'argent.*

source : DREES, enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013

3. Les dispositifs d'aide à la santé

3.1. Conditions d'éligibilité

Pour bénéficier de la CMU de base il faut remplir trois conditions :

- Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour, c'est à dire résider en France de manière régulière.
- Il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis au moins trois mois.
- Il faut ne pas avoir droit à l'assurance maladie

Pour bénéficier de la Couverture médicale universelle complémentaire ou CMU-C :

- Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou bien avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour.
- Il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis au moins trois mois.
- Il faut avoir des ressources (prises en compte sur les douze derniers mois) inférieures à un plafond qui varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer.

Pour bénéficier de l'aide médicale d'Etat ou AME :

- Il faut résider en France de manière irrégulière, c'est-à-dire sans disposer d'un titre de séjour, d'un récépissé de demande ou de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours.
- Il faut résider en France de manière stable, c'est-à-dire vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer depuis une durée ininterrompue de trois mois au moins.
- Avoir des ressources (prises en compte sur les douze derniers mois) inférieures à un plafond défini en fonction du lieu de résidence et de la composition du foyer.

Pour bénéficier de l'aide pour une complémentaire santé ou ACS :

- Il faut avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour ou bien avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour.
- Il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis au moins trois mois.
- Il faut avoir des ressources (prises en compte sur les douze derniers mois) légèrement supérieures au plafond de la CMU-C (comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35%), en fonction du lieu de résidence et de la composition du foyer.

3.2. Tableau 24 : Illustration de prises en charge d'une consultation chez le médecin traitant¹⁰⁹⁶

	Tarifs	Couverture maladie de base	CMU	ACS	CMU-C	AME
Montant total de la consultation	23,00 €					
Part obligatoire	15,10 €	remboursée par la sécurité sociale	remboursée par la sécurité sociale		remboursée par la sécurité sociale	pris en charge par l'AME
Part complémentaire	6,90 €	à la charge de l'utilisateur ou de sa complémentaire santé	à la charge de l'utilisateur ou de sa complémentaire santé	à la charge de l'utilisateur ou de la complémentaire santé financée par l'ACS	pris en charge par la CMU-C	pris en charge par l'AME
Participation forfaitaire	1,00 €	à la charge de l'utilisateur	à la charge de l'utilisateur	à la charge de l'utilisateur	usager exonéré	usager exonéré

¹⁰⁹⁶ Présentation générale des dispositifs d'aide, http://www.cmu.fr/les_droits_a_la_couverture_maladie.php, consulté le 5 mai 2015.

Table des matières

SOMMAIRE	4
REMERCIEMENTS.....	10
PRINCIPAUX SIGLES UTILISES	12
INDEX DES TABLEAUX	14
INTRODUCTION	18
1. Quelle place pour la race dans la relation de guichet ?	19
2. L'hypothèse d'un usage conscient et contextualisé de la racialisation	24
3. Acteurs sociaux et contexte institutionnel.....	30
4. Les « Roms » comme révélateurs du processus de racialisation.....	39
5. Frontières raciales, frontières morales et étiquetage	45
5.1. Plan de thèse.....	51
6. Terrains et méthodes	54
6.1. L'enquête de terrain	56
6.2. Observation « participante » et position sur le terrain	60
6.3. Enquêtés et entretiens ethnographiques.....	66
1^{ERE} PARTIE : FRONTIERES RACIALES, FRONTIERES MORALES, FRONTIERES	
PROFESSIONNELLES	70
Introduction.....	72
Chapitre 1. La racialisation comme expression d'une lutte contre le déclassement	
professionnel.....	76
1.1. Les difficultés d'inscription administrative des usagers « roms »	79

1.1.1. Les usagers « roms » n'ont pas de papiers d'identité.....	80
1.1.2. Les usagers « roms » refusent d'énoncer leur adresse	84
1.1.3. Des incohérences révélatrices du racisme.....	87
1.2. Discours publics et frontière raciale	89
1.2.1. Les Roms « abus[ent] du droit à la libre circulation ».....	90
1.2.2. Délinquance, refus d'intégration et défaut de solidarité.....	94
1.3. Les agents d'accueil démunis face à des situations dysfonctionnelles	98
1.3.1. Contraints à réaliser « un mauvais travail ».....	99
1.3.2. Risques sanitaires et responsabilités professionnelles	102
1.4. La défense de l'institution par les « fragiles »	106
1.4.1. La distinction des « fragiles » face aux « profiteurs ».....	106
1.4.2. « On sait que » : les certitudes des soignants pour repérer les fraudeurs	114
Chapitre 2. La racialisation comme dénonciation des entraves à l'autonomisation professionnelle	126
2.1. L'indiscipline des patients « roms » face aux infirmiers d'accueil et d'orientation.....	131
2.1.1. Le contournement des règles de tri aux urgences.....	132
2.1.2. Les « consultations collectives » : source de désaccords entre professionnels.....	142
2.1.3. Impatience et volatilité de l'investissement dans la prise en charge	150
2.2. L'hébergement des « familles roms », un usage non prévu.....	159
2.2.1. « Y'a plus de place ailleurs ».....	162
2.2.2. Des conditions matérielles inadaptées à l'hébergement.....	167
2.2.3. Les conséquences institutionnelles de cet usage non prévu	173
2.2.4 Inventer des règles informelles pour répondre aux demandes d'hébergement ...	176
Chapitre 3. La racialisation comme substitut à la domination de classe	188
3.1. Des patients « actifs » appartenant aux « classes dangereuses »	191
3.1.1. Une conception parsonienne du rôle du patient.....	193
3.1.2. Les « Roms » : des patients « actifs » illégitimes.....	200
3.1.3. La violence comme ressource dans la relation de soin	207
3.2. La « neutralisation » des patients présumés roms.....	218
3.2.1. La racialisation pour sauver la face	219
3.2.2. Le relationnel médical : la théorie et la pratique.....	224
3.2.3. De la neutralité à la mise à distance	232
Chapitre 4 : Racialisation et délégation du « sale boulot ».....	242
4.1. Les « familles roms », envahissement et appropriation.....	245
4.1.1. Envahissement des services hospitaliers.....	248
4.1.2. Accaparement des professionnels, obstruction des soins.....	257

4.1.3. Du détournement des ressources matérielles aux soupçons de vols	263
4.2. Gérer les « familles roms » : la délégation d'un « sale boulot »	271
4.2.1. Le laisser-faire des médecins	272
4.2.2. Les « infirmiers relationnels » et l'éducation des usagers présumés roms	277
4.2.3. Une source de valorisation pour les aides-soignantes	284
Conclusion	298
 2^{EME} PARTIE : DES REPRESENTATIONS RACIALISEES AUX TRAITEMENTS	
DIFFERENTIELS	300
Introduction	302
 Chapitre 5. Un soin « adapté » à la différence culturelle perçue des patients « roms »	
.....	306
5.1. Franchir la « barrière de la langue » ?	311
5.1.1. L'interprétariat dans la relation de soin avec les patients « roms »	314
5.1.1.1. L'interprétariat par téléphone : une ressource inutilisée	316
5.1.1.2. L'annuaire des professionnels : une solution inégalement appropriée	321
5.1.1.3. Les biais d'une traduction familiale	323
5.1.1.4. Un recours sélectif aux interprètes	327
5.1.2. De la « débrouille » à la « médecine vétérinaire »	330
5.1.2.1. La « débrouille » quotidienne	331
5.1.2.2. La barrière de la langue, source d'a priori négatifs	335
5.1.2.3. La « médecine vétérinaire »	339
5.2. La prise en compte des spécificités culturelles présumées des patientes « roms » dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital L	347
5.2.1. Le « corps racialisé » des femmes « roms »	348
5.2.1.1. Des grossesses précoces	349
5.2.1.2. Les « femmes roms » : « femmes moyennes du Tiers-Monde »	353
5.2.1.3. Les rumeurs au sujet des « femmes roms »	358
5.2.2. La racialisation des soins gynéco-obstétriques	363
5.2.2.1. La gestion de la douleur perçue	364
5.2.2.2. Un rapport à la contraception présumé « culturellement différent »	367
5.2.2.3. L'adaptation du traitement médical des « femmes roms »	371
5.3. Laisser-faire et compromis face aux « grandes familles roms »	376
5.3.1. La désignation d'un interlocuteur principal : savoir-faire ou laisser-faire ?	378
5.3.1.1. Un savoir-faire face à l'envahissement des services	379

5.3.1.2. Un laisser-faire par respect pour la différence culturelle rom	382
5.3.1.3. Du laisser-faire au laisser-aller.....	384
5.3.2. Le laisser-faire comme seule option face au décès d'un « Rom »	387
5.3.2.1. Le décès d'un « Rom », une « situation hypersensible »	388
5.3.2.2. L'abandon des règles classiques de gestion d'un décès	392
Chapitre 6. Racialisation de la précarité et fléchissement du « social » aux urgences	402
6.1. La racialisation des modes de recours aux urgences des patients présumés roms.....	406
6.1.1. De la « volatilité » au nomadisme des « Roms »	409
6.1.2. Un non-recours « culturel » ?	414
6.1.3. Incertitudes, surcroît de travail et risques professionnels.....	421
6.2. Derrière le mythe culturel, la réalité sociale de la précarité	425
6.2.1. Les usages sociaux des urgences par les « Roms »	426
6.2.2. Un rapport aux soins comparable à celui des SDF.....	430
6.2.3. Précarité et « bobologie » aux urgences	434
6.2.4. Faute de / du médecin traitant.....	438
6.3. La prise en charge du social, une mission des urgences ?	446
6.3.1. L'injonction d'aveuglement aux différences sociales	450
6.3.2. « Urgences sociales » <i>versus</i> « vraies urgences »	452
6.3.3. L'évitement du travail « social » par les soignants.....	456
Chapitre 7. Les « Roms », des patients non rentables pour l'hôpital moderne.....	466
7.1. Les réformes hospitalières, de la solidarité à la performance	468
7.1.1. Les réformes du nouveau management public.....	469
7.1.2. Le ressenti de la financiarisation des soins	475
7.1.3. Hospitalisation, durée moyenne de séjour et lits d'aval.....	479
7.1.4. « La naissance du soin <i>low cost</i> »	487
7.2. La sélection des patients, une atteinte à l'égalité d'accès aux soins.....	495
7.2.1. La sélection des patients par les établissements	499
7.2.1.1. Le refoulement à l'entrée de l'établissement	500
7.2.1.2. Les refus de transfert.....	506
7.2.2. La sélection à l'entrée des services d'hospitalisation.....	509
7.3. Quelles solutions de santé pour les précaires indésirables ?	517
7.3.1. La perspective d'une médecine à deux vitesses	518
7.3.2. Les associations : responsables des patients présumés roms ?	523
7.3.3. Le docteur Pahn et la patientèle présumée rom	526
Conclusion	534

CONCLUSION.....	538
1. Apports et limites	543
2. La place des patients présumés roms dans la division du travail hospitalier	546
3. Des pratiques professionnelles aux comportements citoyens	548
4. La racialisation des usagers, un processus institutionnel généralisé et comparable ?	550
SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	552
Sources	554
Entretiens	554
Tableau 9 : Entretiens exploratoires.....	554
Tableau 10 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public L.....	555
Tableau 11 : Entretiens réalisés à la Clinique privée E	555
Tableau 12 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public G	556
Tableau 13 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public P	556
Tableau 14 : Entretiens réalisés à l'Hôpital public A	556
Rapports et documents.....	557
Textes juridiques.....	558
Sources professionnelles	560
Articles de presse	561
Bibliographie	564
ANNEXES	588
1. Les enquêtés	590
1.1. Liste des enquêtés par ordre alphabétique des pseudonymes	590
1.2. Tableau 15 : Répartition des enquêtés par établissements et services.....	593
1.3. Tableau 16 : Répartition des enquêtés par catégories socio-professionnelles	594
1.4. Tableau 17 : Répartition des enquêtés par sexe et catégories socio-professionnelles	594
1.5. Guide d'entretien.....	594
2. les services d'urgences	598
2.1. Tableau 18 : Passages aux urgences générales adultes dans les établissements et services enquêtés (2009-2012)	598

2.2. Les urgences générales adultes en Ile-de-France et en France au 11 juin 2013	599
2.2.1. Tableau 19 : Répartition de la patientèle des services d'urgences par nationalité déclarée	599
2.2.2. Tableau 20 : Répartition des usagers en fonction de leur violence perçue	600
2.2.3. Tableau 21 : Répartition des modes de sortie des patients pris en charge aux urgences	600
2.2.4. Tableau 22 : Répartition des recours aux urgences en fonction de la date de début de situation	600
2.2.5. Tableau 23 : Répartition des recours aux urgences en fonction du motif.....	601
3. Les dispositifs d'aide à la santé	602
3.1. Conditions d'éligibilité.....	602
3.2. Tableau 24 : Illustration de prises en charge d'une consultation chez le médecin traitant.....	603
TABLE DES MATIERES.....	604